



Fédération Nationale des Enseignants d'EPS de l'Enseignement Catholique

*Bilan*  
*de l'enquête Médicale*  
*de la FNEPSEC*

Fragilités de l'appareil locomoteur  
chez les enseignants d'EPS

Enquête médicale 2003/2004/2005 menée par la FNEPSEC  
Fédération Nationale des Enseignants d'EPS de l'Enseignement Catholique  
(Association "loi 1901", déclarée sous le numéro 4335 le 26 mars 1986)

sous la direction du Docteur Jean-Pierre CAVIL  
Médecin Chef de service en rééducation fonctionnelle  
au Centre Hospitalier *Bretagne-Atlantique* de Vannes  
Médecin assermenté auprès de l'Inspection Académique du Morbihan  
Médecin spécialisé en expertises médico-légales des séquelles fonctionnelles

# Sommaire

Pourquoi cette enquête ? .....	2
Motifs .....	2
Buts .....	2
Comment ? - Les modalités de réalisation .....	3
Elaboration du questionnaire .....	3
Ventilation et retour des réponses .....	4
Saisie et exploitation des données .....	4
La population d'enseignants d'EPS ayant répondu .....	5
Répartition selon le sexe .....	5
Répartition selon l'âge en 2005 .....	5
Répartition selon l'âge de début de carrière .....	7
Répartition selon la spécialisation dans les APS .....	9
La question – Les réponses .....	9
Polyvalence ou Spécialisation .....	11
Variations selon la tranche d'âge ou la formation initiale .....	15
Les réponses aux 3 questions de base et les remarques complémentaires .....	17
Bilan global .....	17
Etude des réponses .....	20
Selon l'âge en 2005 .....	20
Répartition des "Triples Réponses" négatives ou positives .....	20
Arrêt(s) Maladie de plus de 15 jours .....	22
Opération(s) .....	24
Evaluation du risque chirurgical .....	24
Zones principalement concernées .....	25
Traitement Chronique .....	26
Récapitulatif .....	28
Selon l'âge de début de carrière .....	29
Selon la spécialisation dans les APS .....	32
Polyvalence (affirmée ou saisie par défaut) .....	32
Spécialisation précisée (unique ou combinée) .....	33
Les Observations et Commentaires du Docteur Jean Pierre CAVIL .....	37
Nos Observations et Demandes .....	41
Remerciements .....	47

## Pourquoi cette enquête ?

### Motifs

La FNEPSEC ou Fédération Nationale des Enseignants d'E.P.S. de l'Enseignement Catholique est née en 1986 d'une initiative d'enseignants d'EPS de la région de Questembert, dans le but de promouvoir et d'obtenir une reconnaissance juridique dans les textes officiels pour **les** diplômes délivrés plus particulièrement par l'Institution. Mais elle a aussi été sollicitée, dès sa création, par des demandes d'aide et de conseils en direction du **handicap physique** et de la **maladie**, réclamant une assistance avertie et soutenue.

Principal artisan de cette initiative, **Claude Hamon** suit particulièrement ce dossier depuis le printemps 1986. Il n'a été en mesure d'assurer cette entraide qu'avec l'appui et les conseils du **Docteur Jean-Pierre Cavil**, Médecin-Chef de service en rééducation fonctionnelle au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de Vannes, médecin assermenté auprès de l'Inspection Académique du Morbihan et spécialisé en expertises médico-légales des séquelles fonctionnelles. Voici maintenant plus de **16** années qu'il nous apporte toute son expérience en matière de traitement et d'anticipation du handicap physique. Devant la recrudescence de telles situations cruciales, la **FNEPSEC** a jugé le moment venu d'aborder à plus vaste échelle les questions d'atteintes corporelles et d'aménagement de fin de carrière concernant une catégorie d'enseignants manifestement plus exposée que garantie. Cette initiative a été reconnue comme une première du genre, de l'aveu même des instances ministérielles, lorsque nous présentions en août 2004 nos premiers résultats.

Le « **Handicap Physique** » chez les enseignants d'EPS est un problème appelé à croître, si l'on observe le profil démographique du corps enseignant dans notre discipline. C'est de fait un dossier qui "*pose de réelles difficultés*", reconnaissent les services administratifs des Rectorats et Inspections Académiques.

Manifestement, la gestion des accidents de travail ou maladies professionnelles par les Caisses Primaires diffère selon les lieux et les personnes en responsabilité, ce qui ne facilite pas le conseil des victimes et implique de consacrer plus de temps encore à l'étude des cas.

Le docteur Jean-Pierre Cavil a bien voulu accepter de prendre sur ses deux premières années de retraite le temps nécessaire à la constitution d'un dossier exhaustif sur nos risques professionnels spécifiques, y compris dans la banalité d'une pratique quotidienne apparemment sans histoire. Selon ses propos : "*vous êtes les seuls à vous occuper de ce dossier primordial ; ça vous aidera à vous faire connaître*". Inutile de fait d'insister sur l'importance d'un tel atout majeur dans notre jeu.

### Buts

1 – Par rapport au reste des disciplines d'enseignement, mais aussi en regard d'autres professions reconnues comme **activités à risque** et à **niveau élevé de pénibilité**, nous cherchions à mettre en évidence certains caractères analogues que peut comporter l'exercice de notre métier. L'accident reste toujours possible, et n'arrive pas qu'aux autres. On ne peut aborder les questions de reconversion ou d'aménagement de fin de carrière sans une argumentation de cette nature à l'appui.

2 – Nous souhaitons également un éclairage le plus objectif possible sur la plus ou moins importante nocivité de cette activité à l'encontre particulièrement de certaines articulations ou zones rachidiennes. L'objectif de ce deuxième point est d'alimenter la réflexion sur les moyens de prévention à mettre en œuvre, tant lors de la formation initiale que dans les conditions habituelles de travail, avant que n'apparaissent les détériorations irréversibles. Soit en d'autres termes : comment réussir un vieillissement corporel "équilibré".



## Ventilation et retour des réponses

Dès la rentrée 2003/2004, la ventilation du questionnaire était confiée aux soins de nos adhérents avec mission d'y intéresser le plus grand nombre possible de leurs collègues. Nous avons aussi bénéficié de la solidarité compréhensive de certaines Unions Départementales ou Régionales UGSEL, du GRAF de Lyon et de notre partenaire syndical le SPELC. Outre son aide, nous en avons reçu des encouragements d'autant plus chaleureux que notre démarche correspond en tout point à l'une de ses préoccupations majeures.

Un prompt et massif retour de 400 fiches nous a permis d'élaborer un pré-rapport et de le présenter en Assemblée Générale de juin 2004. Nous avons alors la surprise de découvrir toute la richesse et les nuances des informations apportées par cette sommation de réponses malgré leur contenu banal, du moins pour le plus grand nombre. Il nous a semblé opportun de vérifier nos premières découvertes en élargissant l'échantillonnage ; une seconde relance a été menée fin 2004 avec l'aide de nos partenaires précités, portant notre moisson à un total de **646** réponses exploitables, avec un très faible déchet de réponses hors sujet pour divers motifs. Notre utopie était d'atteindre le millier pour l'impact psychologique du passage à l'ordre de numération supérieur ; à l'usage, la déception s'est vite muée en soulagement, devant les pesanteurs et complexités de la tâche.

## Saisie et exploitation des données

Faute de pouvoir nous inspirer d'initiatives similaires et portant sur le même sujet, du moins à notre connaissance et dans le premier temps de cet essai, force nous a été de procéder par nombreux tâtonnements successifs, pour arrêter tant le mode de saisie que l'exploitation par tableaux et graphiques, dans un grand inconfort intellectuel de gestion d'un fichier de ce volume par des bénévoles tout à fait néophytes.

Confié aux soins d'une petite équipe passablement inexpérimentée en regard des exigences de rigueur propres à cet exercice, le chantier s'est vite révélé beaucoup plus astreignant que n'aurait pu le laisser supposer la simplicité du questionnaire. Par relation familiale, les conseils d'un chargé de cours en Géographie Humaine, Démographie et Statistiques nous ont préservés d'errances par trop incompatibles avec la bonne orthodoxie méthodologique.

L'anonymat du secret médical nous faisait encourir un risque certain de réponses fantaisistes, l'autorité morale de nos relayeurs nous en a manifestement épargné le déboire. La concordance de nos résultats avec les normes habituelles des statistiques médicales, au dire du Docteur Cavil, nous aura pleinement rassurés quant à la crédibilité de notre document.

## La population d'enseignants d'EPS ayant répondu

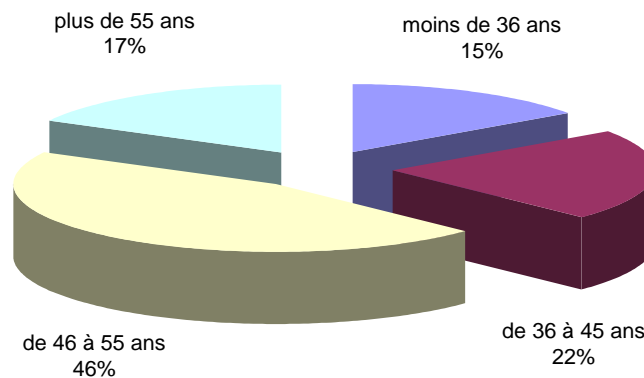
### Répartition selon le sexe

L'ensemble de nos 646 fiches se répartit entre 302 Femmes et 344 Hommes, soit une proportion de 46 % et 54 %. Plus de 80 % de ces réponses aux 3 questions de base s'accompagne d'observations, interrogations, suggestions, et parfois de véritables appels au secours. Concernant en particulier les deux dernières tranches d'âge, il serait intéressant de vérifier si la proportion entre hommes et femmes y reste aussi constante que dans nos chiffres, alors que le départ en retraite proportionnelle s'observe bien plus fréquemment chez ces dernières. Mais peut-on tenir rigueur aux personnes les plus en difficulté(s) d'une plus forte motivation à nous confier leurs doléances, "pour une fois qu'on s'en préoccupe..." ?

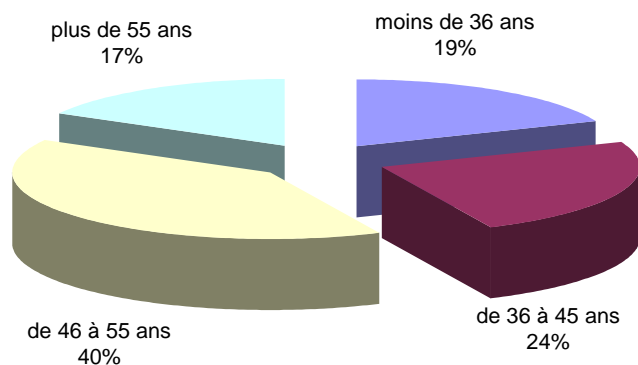
Malgré une conviction bien ancrée de "faire ensemble un même travail de mêmes importance et qualité", nous nous sommes appliqués à mettre en relief les nuances ou différences entre les 302 "réponses Femmes" et 344 "réponses Hommes". Notre vécu de terrain nous inclinait nettement à orienter la recherche du côté des inégalités devant les risques et les contraintes du métier. Il se confirme de cette étude que les unes et les autres ne rentrent pas dans la carrière au même âge, n'ont pas les mêmes préférences de pratique d'APS, ce dont on pouvait déjà se douter, et surtout ne présentent pas tout à fait les mêmes vulnérabilités aux divers risques professionnels.

### Répartition selon l'âge en 2005

Répartition par âges Femmes

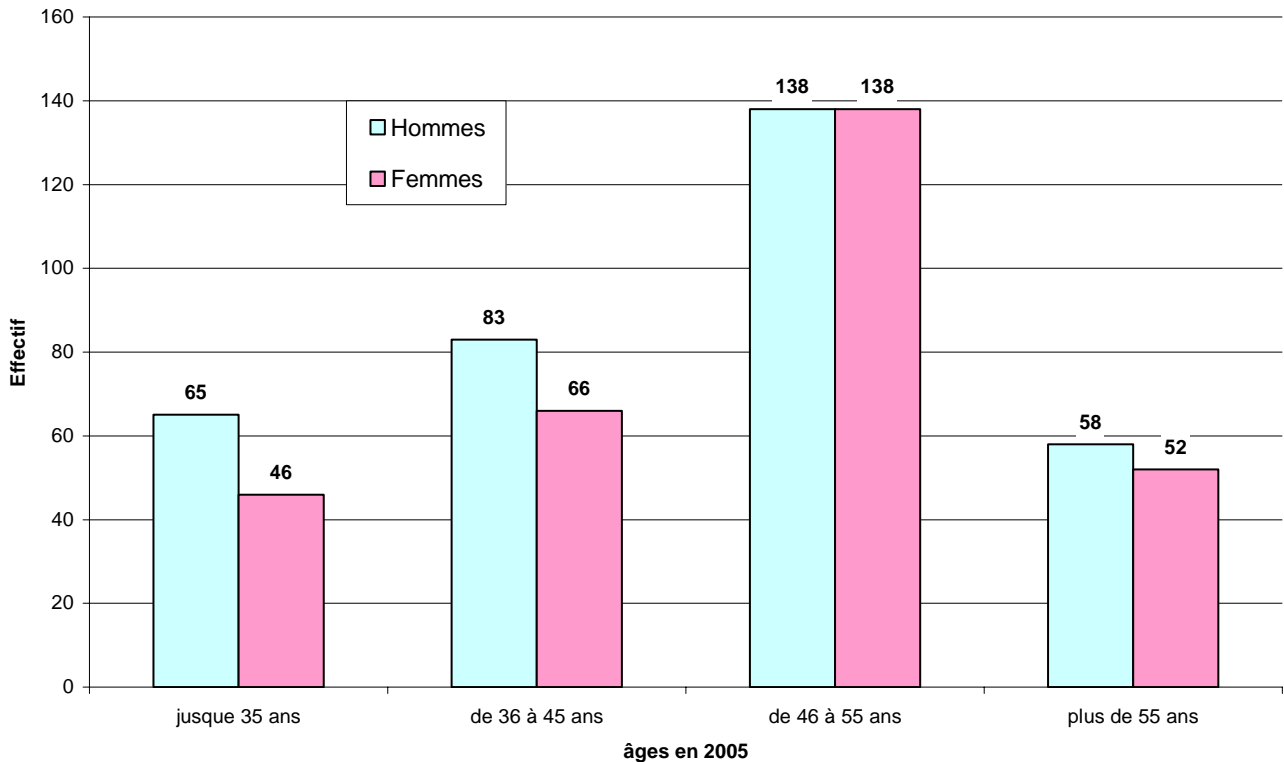


Répartition par âges Hommes



Pour l'un et l'autre sexe, l'éventail des âges pour 2005 s'étend de la première année d'enseignement jusqu'au statut de "jeune retraité".

### Répartition par âges et par sexes



Dans le souci de cerner au mieux l'âge d'apparition des pathologies, selon l'incitation du Docteur Cavil, tout en conservant à ce morcellement assez de caractère significatif pour appuyer une conclusion, nous avons choisi de scinder notre population en ces quatre tranches :

1. **jusque 35 ans**, soit la catégorie sportive des "Seniors", donc la tranche de population susceptible de conserver une pratique sportive "dans la cour des grands", en parallèle avec la vie professionnelle. La tendance à la féminisation de l'enseignement nous donne ici une quasi-parité du nombre des réponses.

NB : Les puristes ne manqueront pas de nous faire remarquer que l'on devient "Vétéran" au jour même de ses 35 ans, et qu'il aurait donc été plus judicieux de trancher sur l'âge de 34 ans. C'est en fait la recherche d'un meilleur équilibre des répartitions de l'effectif qui nous a incités à grappiller cette année charnière.

2. **de 36 à 45 ans**, période encore traditionnellement considérée comme la "force de l'âge", mais que nous avons de bonnes raisons de ressentir comme un cheminement dans l'irréversible en matière d'aptitudes physiques : nécessité de plus en plus d'efforts pour sauvegarder un potentiel de motricité de moins en moins efficient.
3. **de 46 à 55 ans**, période où l'on "change son fusil d'épaule" : plus question d'efforts inconsidérés, il faut mesurer son implication et négocier ses renoncements. La décréue du tonus musculaire se confirme et s'accroît, affectant notamment la "force des bras" et la musculature abdominale ou para vertébrale, mauvaise affaire pour un rachis affrontant déjà les agressions du métier en état de dépassement du mythique "poids de forme" d'antan.
4. **plus de 55 ans**, ultime étape qui se négocie une année après l'autre, en espérant tenir jusqu'au bout du tunnel, non sans lorgner du côté des "remises de peine pour bonne conduite" et "libérations anticipées" pratiquées en d'autres statuts corporatistes, avec les conséquences de prestations de retraite qui en découlent !

Le dogme d'intangibilité des avantages acquis est-il inséparable de l'irréversibilité des inégalités consacrées par l'usage ? Pour citer l'adage populaire : *“c'est la queue le plus dur à écorcher”*.

Impossible de ne pas remarquer l'importance numérique de la catégorie “de 46 à 55 ans”.

La pyramide des âges de nos enseignants n'est peut-être pas la seule explication à cette prédominance, les motifs d'inquiétude précédemment évoqués justifieraient d'y lire aussi une sensibilisation particulière aux questions de fin de carrière, et une montée des inquiétudes.

C'est au niveau de cette tranche d'âge que la population féminine pèse sérieusement le pour et le contre d'une prolongation de carrière jusqu'au bout de la durée légale : entre l'appoint de salaire appréciable dans le budget du ménage et la dégradation plus ou moins irréversible du bien être corporel, le jeu vaut-il bien la chandelle ? Finir d'établir les enfants dans la vie active, soit, mais là s'arrête assez clairement la vocation du martyr...

En contrepartie, nous avons découvert l'angoisse de l'alternance entre périodes de maladie et de travail, quand on se retrouver seule, ne pouvant compter que sur les revenus de son labeur pour mener sa barque et déposer ses passagers en lieu sûr. Devoir ainsi payer au prix fort le coût de la survie d'aujourd'hui et de demain représente autant de sujets d'inquiétude auxquels on ne peut rester insensible. Et quel avenir lorsque l'avis médical prédit une inexorable interruption d'activité à brève échéance ?

### Répartition selon l'âge de début de carrière

*“Date de début de carrière : ...”*

En posant cette question d'apparence très anodine, nous ne pensions pas trouver une telle diversité de réponses, ni lever un lièvre encombrant. Comparer cette donnée avec l'année de naissance donne effectivement de bien surprenants résultats.

Une partie non négligeable de notre population a été mise précocement (prématurément serait-on enclin à dire) en situation de responsabilité professionnelle. On peut douter qu'elle ait affronté les exigences de service liées à la contractualisation en bénéficiant des ressources d'une formation initiale pleinement appropriée.

Il n'est pas ici question de méconnaître la quantité ni la qualité du travail de mise à niveau que ces personnels ont effectué, en sus de leurs obligations de présence aux élèves. L'Institution a-t-elle suffisamment épaulé, matériellement et moralement, ce lourd investissement ? Et n'allons-nous pas en retrouver ici certaines séquelles douloureuses ? On ne peut se défendre d'un certain malaise en constatant qu'il s'agit d'une population très majoritairement féminine, donc traditionnellement tenue pour plus docile et malléable (?).

Si l'évolution de la formation vers le mode universitaire n'a pas nécessairement privilégié les critères correspondant le plus étroitement aux réalités quotidiennes du métier, elle aura du moins fait sérieusement reculer l'âge d'entrée dans la cage aux fauves.

L'incontournable délai du service militaire n'explique pas totalement le retard de prise de fonction des hommes par rapport aux femmes. On peut aussi se demander si la population masculine ne prendrait pas davantage le temps de papillonner autour de la vie active avant de s'y engager (?).

Les quelques “vocations tardives” sont moins significatives : elles signent pour la plupart des passages au statut de PEGC bivalent, après un début de carrière dans le premier degré. On y trouve de même un cas de “continuation de carrière en France après un début à l'étranger” sans précision de début réel d'activité, ce qui biaise le calcul intégrant cette réponse (*H plus de 55 ans*).

En tout état de cause, ce tableau de conversion des 4 catégories “d'âge 2005” précitées en 4 catégories “d'âge de début de carrière” nous servira plus loin de cadre à la recherche d'éventuelles corrélations entre “commencer plus tôt” ou “... plus tard” et les pathologies relevées.

## Âge du **début de carrière** dans l'enseignement de l'EPS pour chaque tranche d'âge

Femmes	effectif	âge de début																				âge moyen de début de carrière	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		37
jusque 35 ans	46	0	0	0	0	3	13	14	10	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23 ans 2 mois
de 36 à 45 ans	66	0	0	0	1	9	15	13	8	11	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23 ans 4 mois
de 46 à 55 ans	138	1	7	9	16	25	23	24	20	6	4	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	22 ans 0 mois
plus de 55 ans	52	0	4	3	7	12	10	5	4	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	21 ans 11 mois
<b>ensemble</b>	<b>302</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>49</b>	<b>61</b>	<b>56</b>	<b>42</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>22 ans 5 mois</b>

Hommes	effectif	âge de début																				âge moyen de début de carrière	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		37
jusque 35 ans	47	0	0	0	1	0	2	11	8	11	9	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	23 ans 2 mois
de 36 à 45 ans	80	0	0	0	1	6	8	11	14	16	13	5	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	24 ans 0 mois
de 46 à 55 ans	144	0	3	6	7	12	19	25	33	14	13	9	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	23 ans 4 mois
plus de 55 ans	73	0	2	7	5	6	5	7	19	7	8	4	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	23 ans 4 mois
<b>ensemble</b>	<b>344</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>34</b>	<b>54</b>	<b>74</b>	<b>48</b>	<b>43</b>	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>23 ans 8 mois</b>

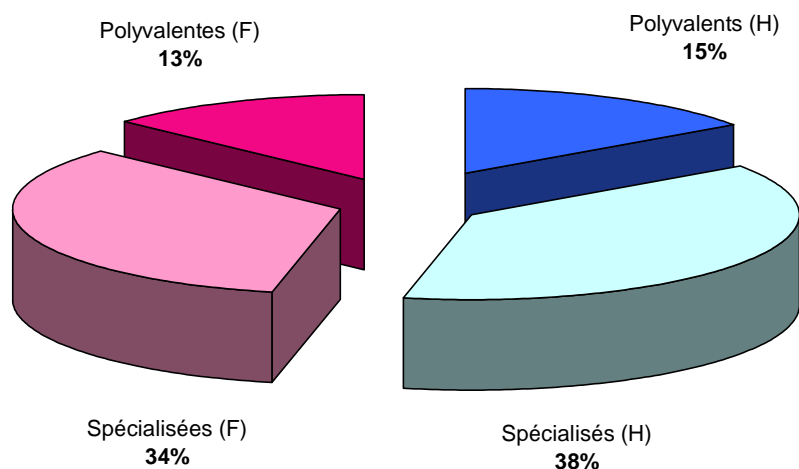
## Répartition de l'effectif d'après l'âge du début de carrière

Groupes d'âge	effectif	A (1)		A (2)		A (3)		A (4)	
Femmes	302	48	16%	166	55%	78	26%	10	3%
Hommes	344	32	9%	112	33%	165	48%	35	10%
ensemble	646	80	12%	278	43%	243	38%	45	7%

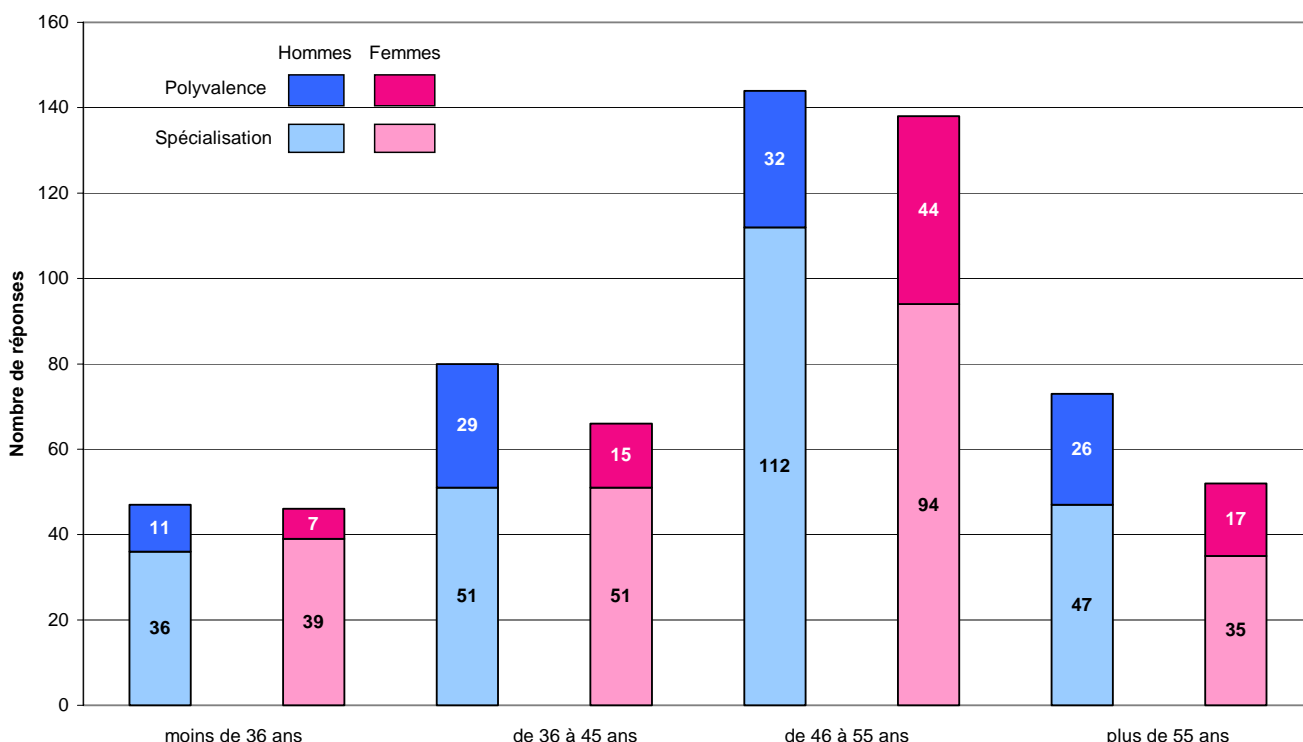
## Répartition selon la spécialisation dans les APS

### La question – Les réponses

#### Polyvalence et Spécialisation dans les APS



#### Polyvalence et Spécialisation dans les APS



Notre arrière pensée enquêtrice, comme il nous est l'est apparu après coup, était en fait : “de quelle pratique d'APS votre motivation professionnelle est-elle née ?”. À l'examen de ces retours, il semble bien qu'elle ait été majoritairement perçue comme : “dans quelle(s) APS retrouvez-vous plus spécifiquement votre identité d'enseignant ?” Ce qui est bien différent, sans être incompatible.

Une formulation mieux appropriée aurait sans doute fait voler en éclat la masse indéchiffrable des “Polyvalences”, revendiquées explicitement ou saisies par défaut faute d'indication particulière, sans pour autant lever toutes les ambiguïtés du questionnement. La recherche de corrélations entre les

bilans pathologiques et telle ou telle APS mentionnée nécessite de prendre également en compte une grande complexité de pondérations diverses, et que le laconisme de notre questionnement ne nous permet pas ici de chiffrer pour l'ensemble des réponses :

- âge de début de pratique, durée de cette pratique, niveau de compétition atteint... pour ce qui relève d'une activité "volontaire"
- activités exclusivement abordées à l'occasion de la formation, période où l'on se retrouve plus vulnérable devant des techniques nouvelles, abordées tardivement, parfois sans affinité morphologique ni affective, avec la pression de l'examen ou du concours. Ce sont les plus jeunes de nos correspondants qui mettent plus particulièrement l'accent sur les risques corporels inhérents au cursus formateur
- types d'activités pratiquées dans le cadre professionnel : exigences de parades, de démonstrations, d'accompagnement des élèves en activités de pleine nature... il a été noté chez les femmes une quantité non négligeable de blessures graves spécifiques aux parades de sécurisation des activités gymniques, notamment des plus grands élèves
- part d'extra professionnel dans ces pathologies : accidents domestiques, accidents de simples loisirs, accidents de la circulation (hormi l'accident de trajet, en principe reconnu en Accident de Travail, sous réserve de sa déclaration dans les 48 heures)... bref ce qui nous est commun avec l'ensemble de la population, sans toutefois nous méconnaître une propension un peu plus marquée à la prise de risque.

## Polyvalence ou Spécialisation

### Bilan des Réponses Hommes - "Spécialisation dans les APS"

Hommes	Athlétisme et Hors stade	Gymnastique (agrès)	Activités d'expression	Natation (sportive)	Sports Co en salle	Sports Co grand terrain	Arts martiaux	Activités de pleine nature	Sports de raquette	Sports nautiques	Basket-ball	Handball	Volley-ball	Football	Rugby
	Total d'indications	90	28	1	26	102	107	15	24	28	10	27	27	45	77
avec 1 seule réponse	17	3	0	9	22	35	5	3	5	2	10	5	9	31	4
avec réponses combinées	73	25	1	17	80	72	10	21	23	8	17	22	36	46	16

#### combinaisons de réponses entre "groupes de spécialités"

	Athlétisme et Hors stade														
	Gymnastique (agrès)	3													
	Activités d'expression	0	1												
	Natation (sportive)	2	1	0											
(1)	Sports Co en salle	41	13	1	9										
(2)	Sports Co gd terrain	34	10	0	8	21									
	Arts martiaux	3	1	0	2	2	4								
	Activités de pleine nature	6	1	0	4	7	10	1							
	Sports de raquette	6	2	0	2	13	7	1	2						
	Sports nautiques	2	0	0	2	5	3	0	3	3					

#### réponses "sport co en salle" précisées et combinées à d'autres indications

(1a)	Basket-Ball	10	1	0	2	5	2	0	0	3	1
(1b)	Handball	12	3	0	2	5	4	1	1	3	1
(1c)	Volley-Ball	17	9	1	5	6	6	1	5	9	3

#### réponses "sport co grand terrain" précisées et combinées à d'autres indications

(2a)	Football	24	7	0	5	11	0	2	8	6	2
(2b)	Rugby	7	3	0	2	1	0	2	1	1	1

246 : fiches "hommes - spécialisation indiquée"

431 : indications de spécialité (ou de groupe de spécialité)

1,8 : moyenne d'indications par fiche "homme - spécialisation indiquée"

## Bilan des Réponses Femmes - "Spécialisation dans les APS"

Femmes	Athlétisme et Hors stade	Gymnastique (agrès)	Activités d'expression	Natation (sportive)	Sports Co en salle	Sports Co grand terrain	Arts martiaux	Activités de pleine nature	Sports de raquette	Sports nautiques	Basket-ball	Handball	Volley-ball
	Total d'indications	66	69	19	25	121	4	6	7	27	5	35	31
avec 1 seule réponse	14	26	4	8	27	1	4	3	5	1	11	7	3
avec réponses combinées	52	43	15	17	94	3	2	4	22	4	24	24	46

### combinaisons de réponses entre "groupes de spécialités"

(1)	Athlétisme et Hors stade												
	Gymnastique (agrès)	5											
	Activités d'expression	3	5										
	Natation (sportive)	1	4	2									
	Sports Co en salle	41	29	5	7								
	Sports Co gd terrain	0	0	0	0	1							
	Arts martiaux	1	0	0	1	1	0						
	Activités de pleine nature	2	2	0	1	1	0	1					
	Sports de raquette	5	2	0	0	14	2	0	0				
	Sports nautiques	0	1	0	1	1	0	0	0	1			

### réponses "sport co en salle" précisées et combinées à d'autres indications

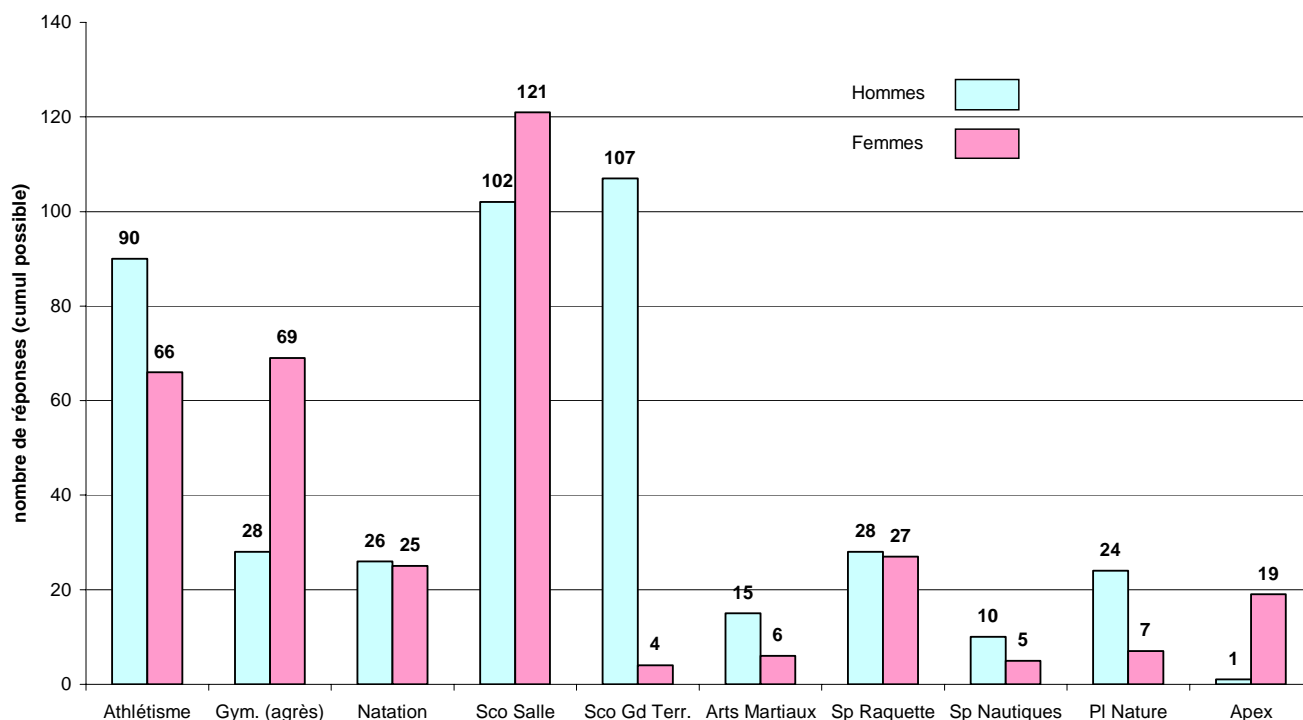
(1a)	Basket-ball	12	4	0	3	2	0	0	0	6	0
(1b)	Handball	11	7	1	1	3	0	1	0	2	0
(1c)	Volley-Ball	16	19	3	3	4	1	0	1	6	1

219 : fiches "femmes - spécialisation indiquée"

349 : indications de spécialité (ou de groupe de spécialité)

1,6 : moyenne d'indications par fiche "femme - spécialisation indiquée"

## Spécialisations dans les APS



Passé le premier moment de surprise devant la grande proportion de non-réponses à cette question de spécialisation dans les APS, et la frustration de ne pouvoir les utiliser dans la recherche de leurs diverses corrélations avec les pathologies professionnelles, il nous faut bien reconnaître que cette polyvalence, tacite ou explicitement revendiquée, reflète ce qui constituait pour nous l'option basique en matière de philosophie de l'éducation et de formation des maîtres. Cette sensibilisation et préparation à la polyvalence, en tant que disponibilité corporelle et mentale aux réalités de terrain, préfigurait sans le dire la mise de l'élève au centre du système éducatif, avant que ce ne soit officiellement, puis ne le soit plus vraiment, au goût du jour.

D'un autre côté, si l'on accepte de leur reconnaître une part de résonance "identitaire", les réponses "spécialisées" nous offrent un intéressant cliché de la profession telle que vécue et ressentie, sans oublier la très forte prépondérance des régions de l'Ouest dans ce bilan. Contrairement aux "polyvalences", ces réponses sont le plus souvent multiples et la grande diversité de combinaisons d'APS tempère d'autant la représentativité de chacune. Enfin il nous a fallu improviser un mode de saisie qui prenne en compte à la fois des réponses très précises et d'autres beaucoup plus générales. Le mode de regroupement d'APS ici retenu ne relève pas d'un quelconque présupposé méthodologique, mais de la recherche du meilleur "casier" susceptible de redonner signification aux réponses trop minoritaires.

L'ensemble des réponses regroupées dans "*Athlétisme et Hors stade*" couvre toute la gamme des pratiques athlétiques de la marche aux épreuves combinées : sauts ou lancers (avec ou sans précision d'épreuve), courses (du sprint et des haies aux épreuves de résistance ou d'endurance prolongée), sur piste ou hors stade, soit une grande diversité de sollicitations organiques, en nature ou en intensité. Mais ici comme dans la plupart de nos regroupements, outre les réponses générales, aucune spécialité athlétique ne recueille un nombre significatif de suffrages.

Seules exceptions aux réserves précédentes, "*Gymnastique aux agrès*" ou "*Natation sportive*" concernent chacune une gamme bien précise de contraintes physiques, une réponse masculine en Water-polo a été comptabilisée avec cette dernière.

Sous le titre "*Activités d'expression*" ont été regroupées les réponses essentiellement féminines : Danse (17), GRS (4) et Nage Artistique (2), qui nous ont semblé relever d'un type d'effort différent de la catégorie précédente. Pour la même raison il aurait été plausible d'y joindre la réponse "Aïkido" (1) en raison du caractère moins agressif de cette activité.

Les "*Sports Collectifs en salle*" représentent la plus forte indication de spécialisation chez les femmes, et se retrouvent quasi à parité avec leurs homologues "de grand terrain" chez les hommes. La trilogie classique est scrupuleusement respectée, le Volley-Ball l'emporte nettement sur ses deux rivaux, chez lesquels le Basket-Ball ne précède le Handball qu'en raison d'une légère préférence féminine en sa faveur.

Indiscutable spécificité masculine, malgré une timide avancée chez les plus jeunes femmes, les "*Sports collectifs de grand terrain*" se limitent ici à l'antagonisme entre Football (77 et 3) et Rugby (20 et 1). La plus faible représentation du pays d'Ovalie dans nos réponses se fait sentir, et contrairement aux autres combinaisons de réponses entre spécialités, ici pas de compromission douteuse ! Mais n'en est pas moins vrai que les risques physiques encourus diffèrent selon le sport pratiqué et le poste tenu à l'intérieur de chacun d'eux.

Le Hockey (sur gazon comme en salle) est le grand absent de notre relevé, l'unique réponse Hockey sur glace ayant été regroupée avec les "sports de glace".

Les réponses évasives "Sports collectifs..." ont donc été comptabilisées comme réponses "en salle" pour l'un et l'autre sexe, et aussi "de grand terrain" mais uniquement pour les hommes.

Outre les réponses générales sous ce terme (2), les "*Arts Martiaux*" englobent les réponses explicites Judo (14), Lutte (2), Escrime (2), Karaté (1), Boxe anglaise (1), Aïkido (1). Il nous faudra donc plutôt considérer le bilan pathologique de ce regroupement sous l'étiquette du premier nommé.

L'appellation "*Activités de Pleine Nature*" est assurément un fourre-tout. Le terme a été cité comme réponse généralisatrice, et l'on peut supposer qu'il englobe alors la Course d'Orientation, non évoquée dans les réponses explicites : Cyclisme ou VTT (9), Escalade (9), Equitation (4), Sports de neige ou de glace (11). Il nous a paru opportun de dissocier le "plein air" de cet agrégat hétérogène du "pleine eau" des Sports Nautiques mentionnés plus loin, aux risques différents.

Désormais bien insérés dans les contenus de programmation scolaire, les "*Sports de raquette*" tendent à supplanter certaines activités traditionnelles. On peut supposer que les quelques réponses générales englobent davantage les nominations explicites du Badminton (16) et du Tennis de Table (9) que celles du Tennis (25) ou du Squash (1), qui relèvent sans doute plus d'une pratique personnelle que d'un contenu d'enseignement collectif.

Enfin le dernier regroupement dit "*Activités Nautiques*" comprend surtout de la Voile (12), avec ou sans précision "dériveur", "planche"... , et aussi Canoë- Kayak (2) et Aviron (1).

## Variations selon la tranche d'âge ou la formation initiale

### Spécialisation (ou non) dans les APS - selon la tranche d'âge ou la formation initiale

	Effectif de référence		Spécialisation APS		Athlétisme et Hors stade		Gymnastique (agès)		Activités d'expression		Natation (sportive)		Sports Co en salle		Sports Co grand terrain		Arts martiaux		Activités de pleine nature		Sports de raquette		Sports nautiques			
		%		%		%		%		%		%		%		%		%		%		%		%		
<b>total Femmes</b>	<b>302</b>	<b>83</b>	27%	<b>219</b>	73%	<b>66</b>	30%	<b>69</b>	32%	<b>19</b>	9%	<b>25</b>	11%	<b>121</b>	55%	<b>4</b>	2%	<b>6</b>	3%	<b>7</b>	3%	<b>27</b>	12%	<b>5</b>	2%	
âges 2005																										
< 36 ans	<b>46</b>	<b>7</b>	15%	<b>39</b>	85%	<b>7</b>	18%	<b>7</b>	18%	<b>5</b>	13%	<b>5</b>	13%	<b>19</b>	49%	<b>4</b>	10%	<b>3</b>	8%	<b>2</b>	5%	<b>9</b>	23%	<b>1</b>	3%	
de 36 à 45 ans	<b>66</b>	<b>15</b>	23%	<b>51</b>	77%	<b>21</b>	41%	<b>10</b>	20%	<b>6</b>	12%	<b>3</b>	6%	<b>29</b>	57%	<b>0</b>	-	<b>1</b>	2%	<b>2</b>	4%	<b>8</b>	16%	<b>0</b>	-	
de 46 à 55 ans	<b>138</b>	<b>44</b>	32%	<b>94</b>	68%	<b>29</b>	31%	<b>36</b>	38%	<b>5</b>	5%	<b>13</b>	14%	<b>57</b>	61%	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>3</b>	3%	<b>6</b>	6%	<b>2</b>	2%	
> 55 ans	<b>52</b>	<b>15</b>	29%	<b>35</b>	67%	<b>9</b>	26%	<b>16</b>	46%	<b>3</b>	9%	<b>4</b>	11%	<b>16</b>	46%	<b>0</b>	-	<b>2</b>	6%	<b>0</b>	-	<b>4</b>	11%	<b>2</b>	6%	
âge de début																										
avant 21 ans	<b>48</b>	<b>18</b>	38%	<b>30</b>	63%	<b>6</b>	20%	<b>19</b>	63%	<b>0</b>	-	<b>1</b>	3%	<b>18</b>	60%	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>1</b>	3%	<b>3</b>	10%	<b>1</b>	3%	
de 21 à 23 ans	<b>166</b>	<b>41</b>	25%	<b>125</b>	75%	<b>36</b>	29%	<b>36</b>	29%	<b>10</b>	8%	<b>14</b>	11%	<b>71</b>	57%	<b>3</b>	2%	<b>4</b>	3%	<b>2</b>	2%	<b>17</b>	14%	<b>4</b>	3%	
de 24 à 26 ans	<b>78</b>	<b>21</b>	27%	<b>57</b>	73%	<b>22</b>	39%	<b>13</b>	23%	<b>8</b>	14%	<b>8</b>	14%	<b>28</b>	49%	<b>1</b>	2%	<b>2</b>	4%	<b>3</b>	5%	<b>6</b>	11%	<b>0</b>	-	
après 26 ans	<b>10</b>	<b>3</b>	30%	<b>7</b>	70%	<b>2</b>	29%	<b>1</b>	14%	<b>1</b>	14%	<b>2</b>	29%	<b>4</b>	57%	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	<b>1</b>	14%	<b>1</b>	14%	<b>0</b>	-	
<b>total Hommes</b>	<b>344</b>	<b>98</b>	28%	<b>246</b>	72%	<b>90</b>	37%	<b>28</b>	11%	<b>1</b>	0,4%	<b>26</b>	11%	<b>102</b>	41%	<b>107</b>	43%	<b>15</b>	6%	<b>24</b>	10%	<b>28</b>	11%	<b>10</b>	4%	
âges 2005																										
< 36 ans	<b>47</b>	<b>11</b>	23%	<b>36</b>	77%	<b>8</b>	22%	<b>1</b>	3%	<b>0</b>	-	<b>8</b>	22%	<b>6</b>	17%	<b>17</b>	47%	<b>1</b>	3%	<b>4</b>	11%	<b>6</b>	17%	<b>0</b>	-	
de 36 à 45 ans	<b>80</b>	<b>29</b>	36%	<b>51</b>	64%	<b>19</b>	37%	<b>4</b>	8%	<b>0</b>	-	<b>5</b>	10%	<b>15</b>	29%	<b>24</b>	47%	<b>4</b>	8%	<b>5</b>	10%	<b>7</b>	14%	<b>4</b>	8%	
de 46 à 55 ans	<b>144</b>	<b>32</b>	22%	<b>112</b>	78%	<b>42</b>	38%	<b>13</b>	12%	<b>0</b>	-	<b>9</b>	8%	<b>54</b>	48%	<b>48</b>	43%	<b>6</b>	5%	<b>11</b>	10%	<b>11</b>	10%	<b>5</b>	4%	
> 55 ans	<b>73</b>	<b>26</b>	36%	<b>47</b>	64%	<b>21</b>	45%	<b>10</b>	21%	<b>1</b>	2%	<b>4</b>	9%	<b>27</b>	57%	<b>18</b>	38%	<b>4</b>	9%	<b>4</b>	9%	<b>4</b>	9%	<b>1</b>	2%	
âge de début																										
avant 21 ans	<b>32</b>	<b>8</b>	25%	<b>24</b>	75%	<b>8</b>	33%	<b>6</b>	25%	<b>0</b>	-	<b>2</b>	8%	<b>16</b>	67%	<b>3</b>	13%	<b>1</b>	4%	<b>1</b>	4%	<b>0</b>	-	<b>0</b>	-	
de 21 à 23 ans	<b>112</b>	<b>26</b>	23%	<b>86</b>	77%	<b>31</b>	36%	<b>10</b>	12%	<b>1</b>	1%	<b>8</b>	9%	<b>34</b>	40%	<b>46</b>	53%	<b>5</b>	6%	<b>5</b>	6%	<b>9</b>	10%	<b>0</b>	-	
de 24 à 26 ans	<b>165</b>	<b>53</b>	32%	<b>112</b>	68%	<b>48</b>	43%	<b>8</b>	7%	<b>0</b>	-	<b>14</b>	13%	<b>43</b>	38%	<b>49</b>	44%	<b>4</b>	4%	<b>15</b>	13%	<b>12</b>	11%	<b>9</b>	8%	
après 26 ans	<b>35</b>	<b>11</b>	31%	<b>24</b>	69%	<b>3</b>	13%	<b>4</b>	17%	<b>0</b>	-	<b>2</b>	8%	<b>9</b>	38%	<b>9</b>	38%	<b>5</b>	21%	<b>3</b>	13%	<b>7</b>	29%	<b>1</b>	4%	

Sans omettre les réserves précédentes quant à l'interprétation des réponses "Spécialisation", leur détail par tranches d'âges (actuels et d'entrée en activité, avec les corrélations entre ces deux aspects) peut donner quelques indications sur l'évolution des pratiques scolaires, comme celle de la représentation que se font les enseignants de leur métier. Cette saisie pourrait donc aussi apporter un complément d'information, par exemple à l'appoint d'une réflexion sur le devenir de l'Association Sportive Scolaire.

On peut constater que la "*polyvalence*" (revendiquée ou tacite) se trouve généralement d'autant plus représentée que les personnes sont âgées et ont commencé tôt. C'est du moins ce qui s'affirme plus nettement chez les femmes que chez les hommes.

En contrepartie l'ensemble des "*activités nouvelles*" gagne du terrain chez les plus jeunes, et plus particulièrement chez les femmes, ainsi l'implantation significative de la "*danse*". Il est difficile de dégager une tendance particulière de ce foisonnement de disciplines, tout au plus peut-on deviner des orientations d'ordre humanistes vers le plein air non (ou peu) compétitif.

L'*athlétisme* se maintient plutôt bien, malgré son déficit de caractère ludique par rapport aux sports de ballon. Le recul d'intérêt chez les plus jeunes femmes serait à rapprocher des données statistiques de pathologie : les femmes s'y blessent tout de même plus que les hommes.

La traditionnelle "*gymnastique aux agrès*" semble plutôt en déclin, particulièrement chez les hommes dont elle n'est manifestement plus le creuset formateur d'antan, à la glorieuse époque des patros. Elle suscite par ailleurs un ensemble considérable de doléances à propos des accidents ou surmenages organiques liés à la sécurisation des mouvements d'élèves, quand il ne s'agit pas de la crainte de poursuites judiciaires pour "gestes déplacés".

Le flou des réponses obtenues ne permet pas de se prononcer sur l'implantation de la *GRS*, ni même de *l'acrogy*m comme activités de substitution.

La "*natation sportive*" est étonnamment bien représentée chez les plus jeunes hommes, cette tendance se retrouvant plus discrètement chez les plus jeunes femmes. Quelle part faut-il faire dans cet engouement aux disponibilités en plages horaires de piscines par rapport aux autres possibilités, et notamment aux installations en extérieur ?

Malgré leur écrasant statut majoritaire, les "*sports collectifs en salle*" marquent le pas chez les plus jeunes femmes et régressent nettement chez les plus jeunes hommes. La relativement récente concurrence des "*sports de raquette*" dans la programmation scolaire explique sans doute en partie cette redistribution. Notons leur importante représentation chez les hommes ou femmes ayant précocement débuté.

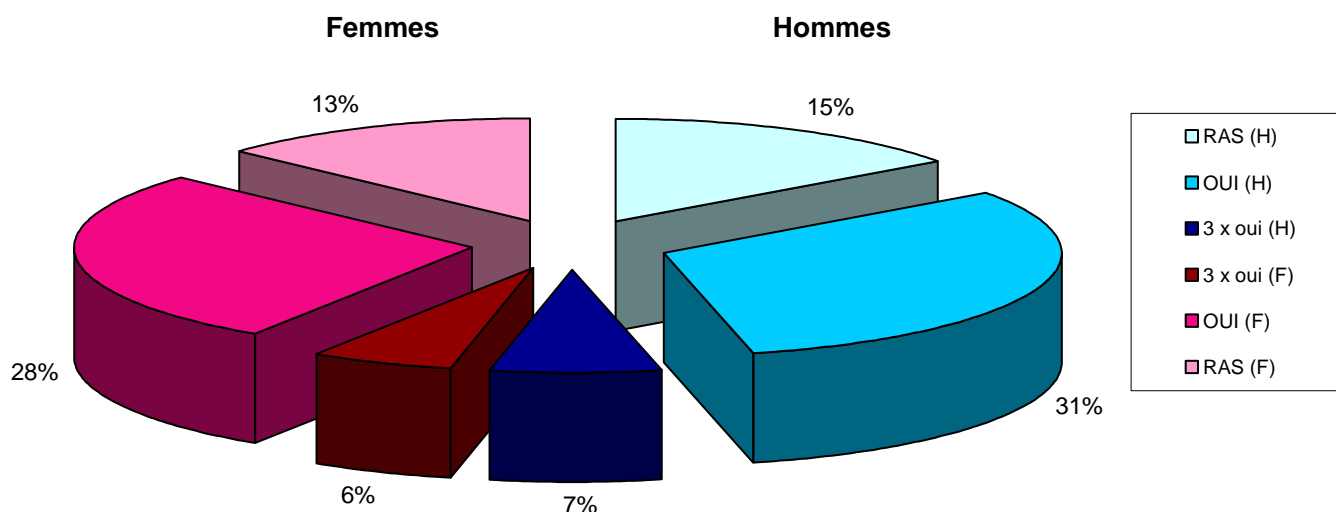
Domaine roi des APS masculines, les "*sports collectifs de grand terrain*" ne semblent pas tirer bénéfice de cette désaffection. Remarquons à leur sujet leur peu de faveur auprès de la catégorie masculine à début précoce, contrairement à ce qu'on aurait éventuellement pu attendre.

## Les réponses aux 3 questions de base et les remarques complémentaires

Nous nous retrouvons donc avec nos 3 items, qu'il nous faut considérer à la fois en valeur absolue et selon ces 3 critères, précédemment détaillés dans ce qui paraît leur ordre d'importance, et très diversement corrélés.

### Bilan global

#### Bilan global des réponses

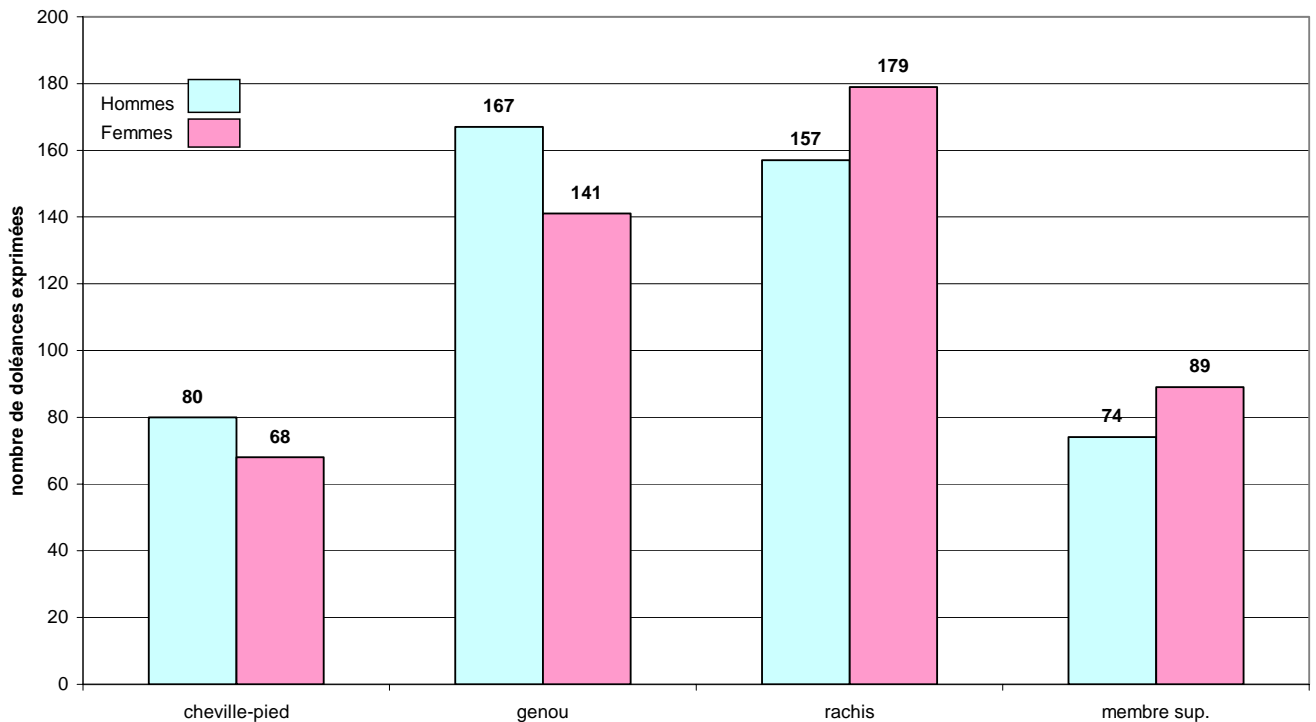


Moins d'un tiers des réponses obtenues (28 % pour l'ensemble) n'est concerné par aucune des trois questions de base, mais ces privilégié(e)s du sort ne sont pas tous indemnes pour autant. Un nombre significatif d'entre eux font état de blessures ou traces d'usure, parfois chez les plus jeunes.

Sur 344 fiches exploitables chez les hommes, nous relevons 97 triples réponses négatives (28 %), dont seulement 61 (18 %) n'ajoutent aucun commentaire ni réserve sur leur état de santé ou leurs craintes face aux contraintes de la profession. Chez les femmes la proportion passe à 84 triples "Non" pour 302 réponses (28 %), dont seulement 48 "no comment" soit 16 % de totale quiétude.

Mais avant d'aborder le détail de chacune des trois questions, cherchons à mieux savoir "où ça fait le plus mal" et le plus fréquemment. Quelles que soient les réponses, nous avons rassemblé toutes les doléances se référant à l'appareil locomoteur de façon suffisamment précise pour faire l'objet d'une saisie.

## Comparatif des principales vulnérabilités organiques exprimées



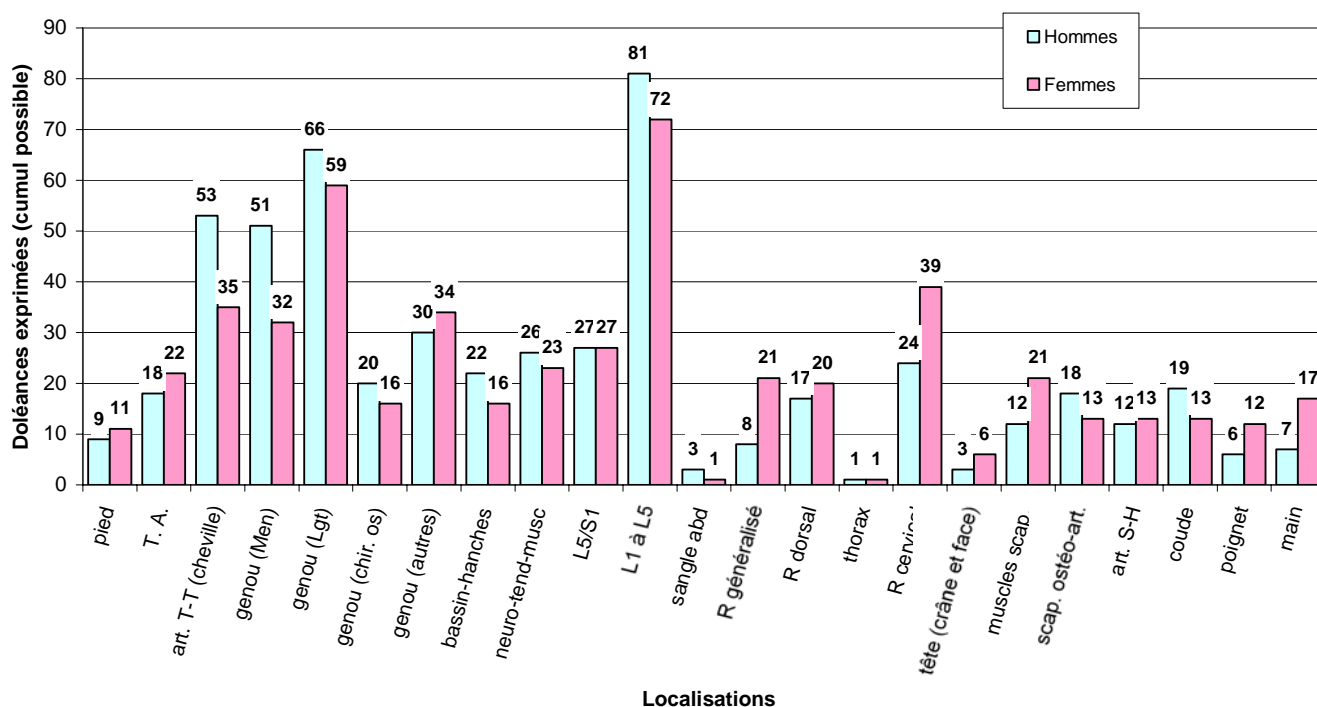
De cette première approximation, la proportion de vulnérabilité entre les 4 zones corporelles les plus exposées pour l'un et pour l'autre sexe s'exprimerait en pourcentages comme suit :

	Cheville/pied	Genou	Rachis	Membre Sup.
Hommes	17 %	35 %	33 %	15 %
Femmes	14 %	30 %	38 %	19 %

La somme de doléances recueillies permet aussi d'affiner cette approche de manière plus détaillée. Là encore le mode de regroupement des données s'adapte à leur contenu et ne procède pas d'un plan préétabli.

Toutes les doléances exprimées ont ici été rassemblées, permettant de comparer globalement les vulnérabilités masculines et féminines par rapport aux contraintes du métier. Elles peuvent avoir nécessité une intervention chirurgicale ou ne représenter qu'une gêne fonctionnelle. Genou, rachis lombaire, épaule, et plus spécifiquement le membre supérieur féminin retiendront particulièrement notre attention.

## Lésions organiques (synoptique des doléances exprimées)

Définition ou commentaire des termes utilisés pour localiser ou regrouper les réponses :

- **pied** doit s'entendre : l'appui au sol. Peu de dégâts sérieux de ce côté.
- **tendon d'Achille** câble du démarreur de tout exercice physique en déplacement. En plus des tendinites plus ou moins chroniques et invalidantes on rencontre bon nombre de ruptures du tendon, particulièrement chez les femmes.
- **tibio-tarsienne** souvent prise en défaut, la fréquence de son entorse banalise l'usage courant de ce terme sans précision particulière.
- **ménisques/ligaments** (du genou) impliquent fréquemment le recours à la chirurgie. L'entorse du genou affecterait moins les ménisques chez la femme.
- **"chirurgie osseuse"** (du genou) regroupe essentiellement : interventions sur les diverses surfaces articulaires, transplantations de la tubérosité tibiale antérieure, ostéotomies de valgisation.
- **"autres pathologies"** (du genou) englobe essentiellement les atteintes tendineuses (tendon rotulien en particulier) ou les douleurs rhumatismales (gonarthroses essentiellement, très fréquentes chez les plus âgés).
- **"bassin-hanche"** traduit en fait la fréquente association d'un traumatisme pelvien aux pathologies coxo-fémorales rapportées. La coxarthrose en revanche ne semble pas ici représenter un risque plus important que la norme générale.
- **"sangle abdominale"** paradoxalement elle apparaît moins vulnérable chez la femme, malgré les contraintes de la grossesse, mais c'est loin d'être le point faible de la profession.
- **"neuro-tendino-musculaires"**... en sus de doléances neurologiques plus ou moins précises, cette appellation nébuleuse regroupe un faisceau de localisations (souvent assez mal déterminées) autres que la sangle abdominale, les tendons d'Achille ou du genou, les muscles scapulaires ou de la région du coude, repris à part en raison de leur fréquence plus significative.
- en sus des  **étages vertébraux** précis, dont notamment la  **charnière lombo-sacrée**,  **"rachis généralisé"** englobe arthroses généralisées et spondylarthrite ankylosante. La région lombaire est particulièrement menacée (nombreuses hernies discales). Les douleurs dites "dorsales" relèvent souvent d'une localisation imprécise : "bas du dos...". Le rachis cervical, notamment chez les femmes, fait particulièrement l'objet d'entorses, torticolis à répétitions, arthroses.
- **"thorax"** cité pour mémoire : deux cas de fracture des côtes, pour accident domestique ou de trajet.
- **"tête (crâne et face)"** aucune réponse n'évoque d'agression. Les 9 doléances ne portent que sur des risques "banaux" de pratique professionnelle. Physiquement et moralement, cela laisse des traces.

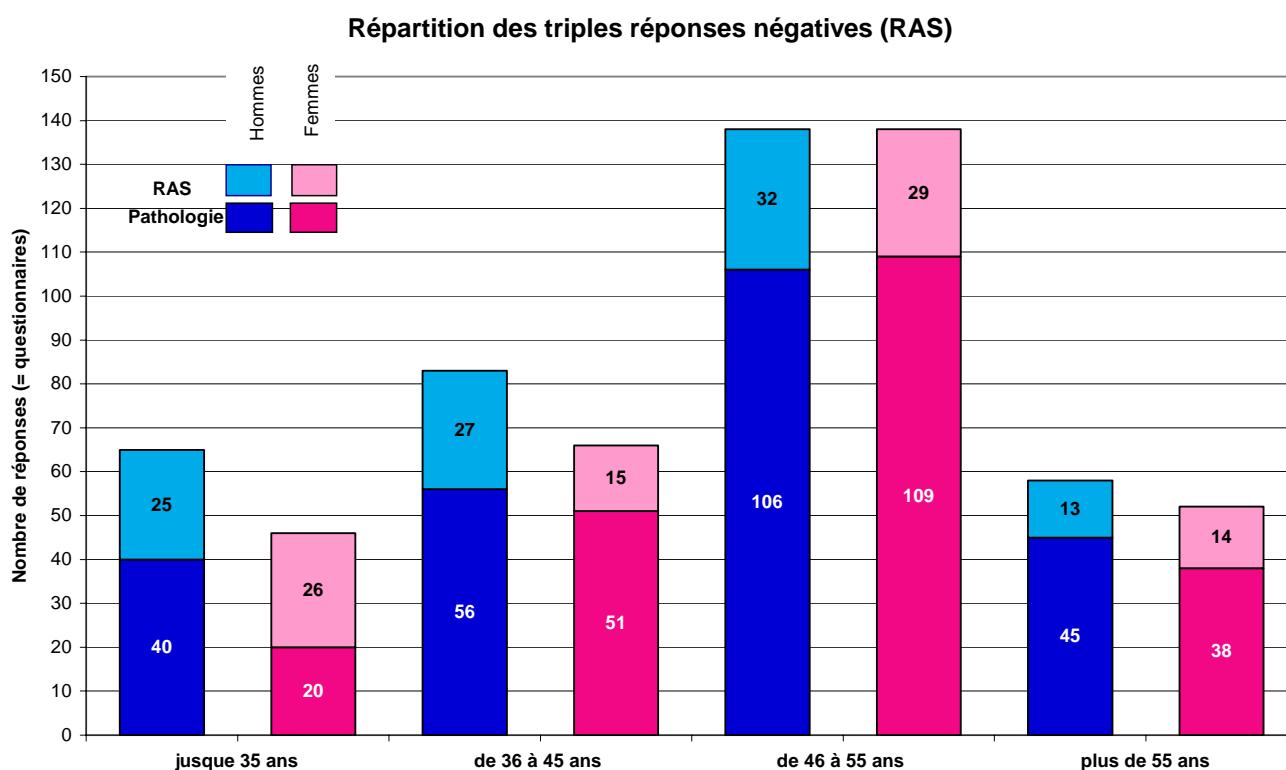
- le complexe articulaire de l'épaule a été scindé en : “**muscles scapulaires**” (et tendons extra-articulaires), ensemble **ostéo-articulaire** clavicule et omoplate, “**scapulo-humérale**” (et tendons intra-articulaires). L'affectation des réponses par rapport à cette classification a parfois été incertaine.
- “**coude**” englobe quelques accidents articulaires, mais surtout des tendinites (épicondylites surtout) qu'il est parfois nécessaire d'opérer.
- “**poignet**” et “**main**” témoignent d'un handicap certain du membre supérieur féminin vis à vis des travaux de force que sont les parades en gym ou les manutentions de matériel.

## Etude des réponses

### Selon l'âge en 2005

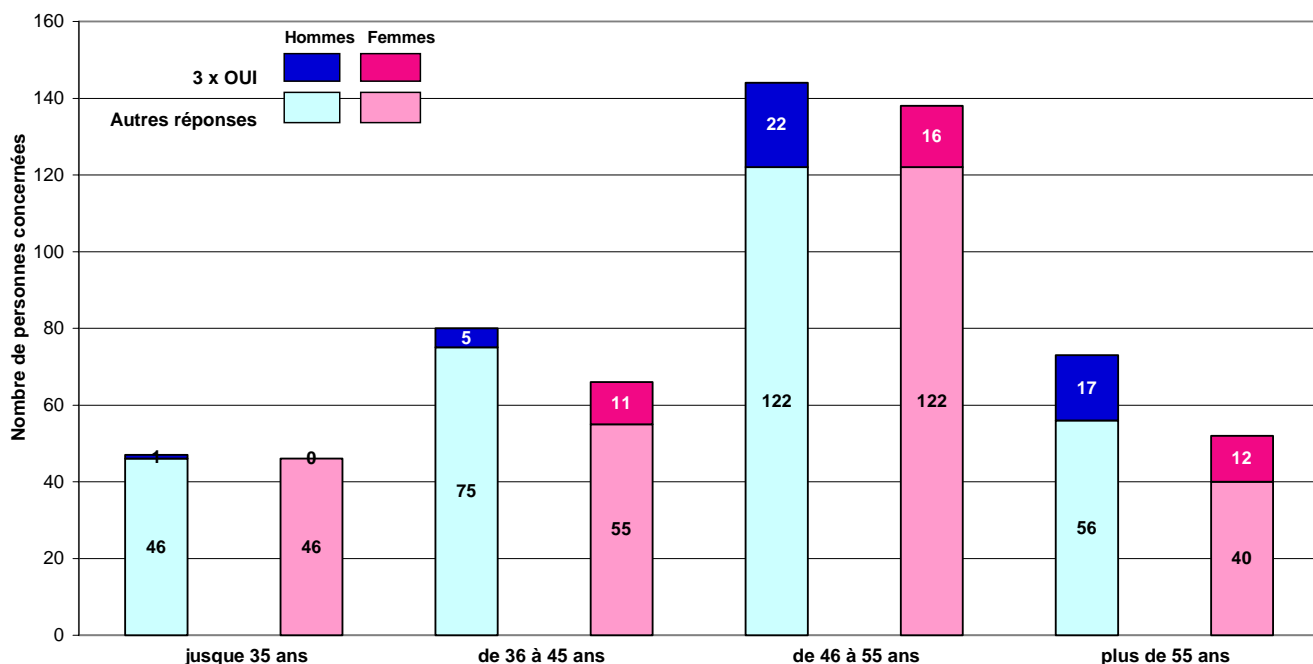
Dater la période d'apparition des problèmes sérieux, selon le souci du docteur Cavil, était malaisément conciliable avec la concision intentionnelle du questionnaire. Notre découpage en 4 groupes d'âges nous permet au moins, faute de précision particulière, un bilan comparatif entre ces groupes quant à leurs réponses aux 3 questions de base.

### Répartition des “*Triples Réponses*” négatives ou positives



Les “RAS” (non sans réserves parfois, comme précédemment indiqué) représentent ici la face émergée de l'iceberg. Le graphique permet d'appréhender globalement l'ensemble de la population qui a manifestement quelque chose à nous dire. Du côté des plus jeunes, moins de 60 % n'a encore rencontré de gros problème de l'appareil locomoteur. Obtenant un meilleur résultat que les hommes dans cette première période, les femmes passent beaucoup plus difficilement le cap de la suivante. La 3<sup>e</sup> tranche d'âge (46 à 55 ans) se trouve être globalement la plus malmenée. En regard de la progression de la pathologie chez les trois premiers groupes d'âge, on est surpris de découvrir chez les vieux de la vieille une relative embellie automnale, particulièrement marquée chez les femmes, peut-être aussi en raison de cessations anticipées d'activité plus nombreuses chez ces dernières. Il subsiste donc un petit noyau “inoxydable”, mais il est vrai que “les vieux soldats ne meurent jamais”.

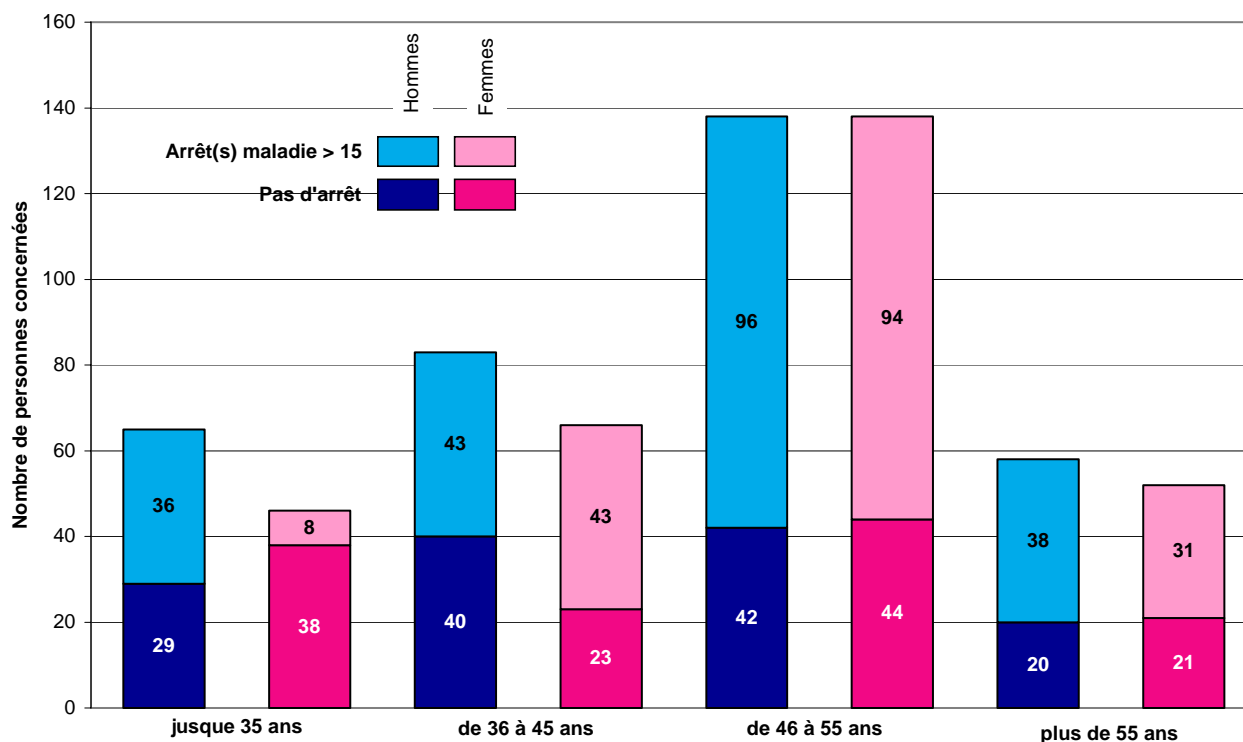
## Répartition des triples réponses positives



A l'opposé, nous découvrons ici la proportion des personnes dont la fin de carrière s'annonce passablement problématique, surtout chez les sujets relativement jeunes. Nous retrouvons chez l'effectif féminin la même difficulté à passer le cap de la deuxième période. Pour l'un et l'autre sexe la proportion globale des cas alarmants est de 13 %, avec un effondrement assez spectaculaire en dernière période. C'est bien entendu de cette population que nous sont parvenus les appels à l'aide les plus poignants, et les dossiers les plus complexes.

## Arrêt(s) Maladie de plus de 15 jours

Arrêt(s) maladie >15 jours - selon l'âge en 2005



Au sommet de chaque colonne figure l'effectif ayant interrompu le travail pendant plus de 15 jours, sur prescription médicale, au moins une fois dans sa carrière, et pour la seule cause d'atteinte(s) de l'appareil locomoteur. Cette situation représente globalement **60 %** de nos réponses (58 % des femmes et 62 % des hommes).

La précision des réponses à ce sujet est restée trop inégale d'une personne à l'autre pour en risquer une quantification et son expression graphique ou sur tableau.

Comme observé précédemment, la meilleure robustesse féminine manifestée en première période s'effondre vite dès la suivante sur ce critère, phénomène de fragilisation qui se confirme chez elles en troisième période, laquelle révèle aussi une vulnérabilité masculine plus grande encore, et qui se confirmera en dernière période, alors même que les femmes (du moins celles qui restent en activité, à ce qu'on peut supposer) y font le meilleur de leurs trois derniers scores. Dans ce chassé-croisé, en définitive, la "vieille garde" soutient la comparaison assez honorablement...

Comme pour les deux autres questions de base, un tableau récapitulatif avec pourcentages plus détaillés précisera plus loin ce premier aperçu global. **Il reste toutefois à distinguer dans cette globalité la part respective des trois catégories de Congé Maladie :**

**- "Ordinaire" - "Accident de Travail" - "Maladie Professionnelle"**

Comme indiqué précédemment, quantifier le nombre global d'interruptions d'activité que représentent ces 389 réponses positives, même en laissant une marge d'approximation, s'est révélé impossible, à plus forte raison leur quantification catégorielle. Certaines réponses font état de deux sortes différentes d'arrêt de travail, mais aucune réponse n'en cumule les trois.

## Répartition des réponses "Arrêt de travail" (cumul possible)

Catégories d'âge	Effectifs de référence	Arrêt >15 jours	% Arrêt >15 jours	C.M. Ordinaire	% C.M. Ordinaire	Accident de travail	% Accident de travail	Maladie Profession.	% Maladie Profession.	Cumuls				
										Cumul Ord. + A.T.	% Cumul Ord. + A.T.	Cumul A.T. + M.P.	% Cumul A.T. + M.P.	
F (1)	46	8	17%	4	9%	4	9%	0	0%	0	0%	Aucun cumul "M O + M P"	0	0%
F (2)	66	43	65%	29	44%	18	27%	1	2%	4	6%		1	2%
F (3)	138	94	68%	61	44%	46	33%	5	4%	16	12%		2	1%
F (4)	52	31	60%	17	33%	18	35%	3	6%	4	8%		3	6%
<b>Total F</b>	<b>302</b>	<b>176</b>	<b>58%</b>	<b>111</b>	<b>37%</b>	<b>86</b>	<b>28%</b>	<b>9</b>	<b>3%</b>	<b>24</b>	<b>8%</b>		<b>6</b>	<b>2%</b>
H (1)	65	36	55%	13	20%	5	8%	0	0%	0	0%		1	2%
H (2)	83	43	52%	26	31%	16	19%	2	2%	4	5%		0	0%
H (3)	138	96	70%	61	44%	52	38%	9	7%	19	14%		0	0%
H (4)	58	38	66%	28	48%	30	52%	3	5%	7	12%		1	2%
<b>Total H</b>	<b>344</b>	<b>213</b>	<b>62%</b>	<b>128</b>	<b>37%</b>	<b>103</b>	<b>30%</b>	<b>14</b>	<b>4%</b>	<b>30</b>	<b>9%</b>		<b>2</b>	<b>1%</b>
F + H (1)	111	44	40%	17	15%	9	8%	0	0%	0	0%		1	1%
F + H (2)	149	86	58%	55	37%	34	23%	3	2%	8	5%		1	1%
F + H (3)	276	190	69%	122	44%	98	36%	14	5%	35	13%		2	1%
F + H (4)	110	69	63%	45	41%	48	44%	6	5%	11	10%		4	4%
<b>Total F + H</b>	<b>646</b>	<b>389</b>	<b>60%</b>	<b>239</b>	<b>37%</b>	<b>189</b>	<b>29%</b>	<b>23</b>	<b>4%</b>	<b>54</b>	<b>8%</b>		<b>8</b>	<b>1%</b>

- (1): jusqu'à 35 ans  
(2): de 36 à 45 ans  
(3): de 46 à 55 ans  
(4): plus de 55 ans

**Le Congé Maladie "Ordinaire"**, avec arrêt de plus de 15 jours, touche équitablement 37 % de nos 646 réponses, avec un maximum à 44 % concernant les femmes en deuxième et troisième tranche d'âge, en rupture brutale avec leur belle santé jusqu'alors affichée en première période.

Cette forme d'arrêt de travail se trouve parfois cumulée avec le congé pour "Accident de Travail", mais jamais avec le congé pour "Maladie Professionnelle" dans le cadre de notre enquête. Ce cumul est de l'ordre de 8 % pour l'ensemble des réponses positives, avec un pic à 12 % pour les deux sexes dans la même troisième tranche d'âge.

Le Congé Maladie de plus de 15 jours pour "**Accident de Travail**" représente 29 % des réponses. Il affecte majoritairement la dernière catégorie d'âge chez les deux sexes, et plus particulièrement les hommes (41 % des réponses positives pour cette tranche d'âge). Il ne se cumule avec la Maladie Professionnelle qu'en très faible proportion. Nous rencontrons par ailleurs bien des incompréhensions quant à la non-reconnaissance en Accident de Travail de certaines blessures concomitantes au déroulement d'une action professionnelle précise et identifiable.

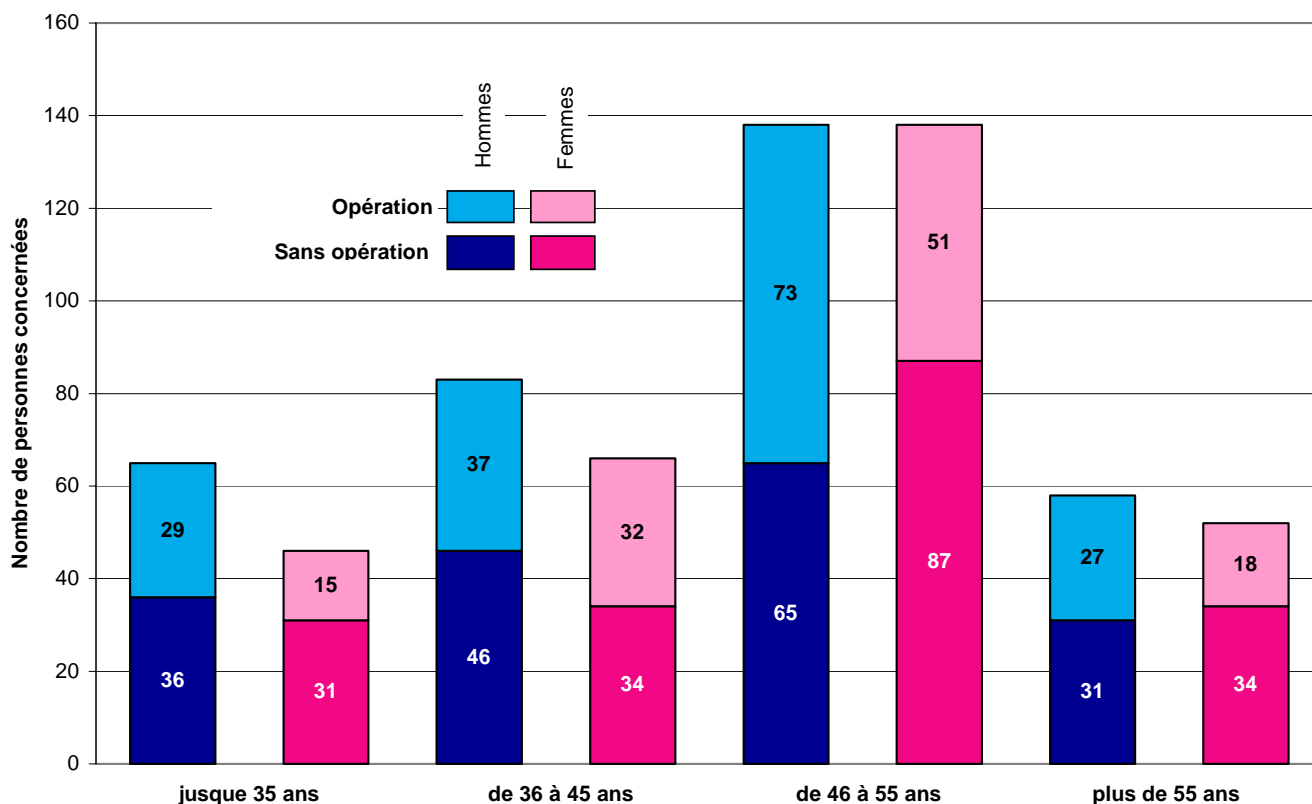
**Le Congé Maladie de plus de 15 jours pour "Maladie Professionnelle"** ne touche que 4 % de réponses, un peu plus les hommes que les femmes. Mais le pourcentage obtenu reflète-t-il la réalité de cette sorte d'atteintes chroniques ? On pourrait en douter à la relecture de la définition officielle de la "Maladie Professionnelle".

De fait un certain nombre de remarques reflètent l'amertume de n'avoir pas été reconnu(e) comme victime d'une maladie professionnelle à propos de blessures et lésions manifestement liées à l'exercice de la profession. Le praticien traitant maîtrise-t-il aussi bien que le spécialiste de rééducation fonctionnelle et de médecine physique la nomenclature des pathologies correspondant au **tableau 57 des maladies professionnelles** ?

## Opération(s)

## Evaluation du risque chirurgical

Interventions chirurgicales - selon l'âge en 2005



Notre échantillon accuse un taux moyen de **44 %** de “passage sur le billard”..., si ce chiffre se confirmait sur l’ensemble des enseignants d’EPS, combien de professions pourraient-elles soutenir la comparaison en matière de “risque chirurgical” encouru ?

Il ne s’agit bien ici que du **nombre de personnes** ayant subi au moins **une** intervention sur le système osseux, musculaire ou articulaire. Or quelques réponses font état de 4 ou 5 “grosses opérations”, portant sur des interlignes articulaires d’importance fonctionnelle capitale (cheville, genou, épaule, rachis...), avec certaines récurrences laissant mal augurer de l’évolution à plus ou moins long terme.

Ont été aussi comptabilisés dans cet ensemble les “actes chirurgicaux” que sont la **réduction non sanglante** de fractures osseuses importantes ou de luxations de grosses articulations telles que cheville ou coude. Si les patient(e)s ne se considéraient pas comme “opérés”, il a paru objectif de prendre en compte le choc anesthésique, les inévitables lésions liées à ces traumatismes et leurs séquelles potentielles.

Certaines réponses négatives se trouvaient également infirmées, dans les remarques annexes, par une allusion à une opération subie. Sans doute faut-il y voir un scrupule de déborder sur le cadre de l’enquête ; or notre seconde question de base n’y est pas explicitement ciblée sur la période d’exercice de la profession. Ces rajouts ont donc également été pris en compte.

Près de la moitié des réponses “Hommes” (48 %), et plus du tiers (38 %) des réponses “Femmes” mentionnent au moins une intervention. Il reste difficile de discriminer au vu de cette enquête la part d’engagement physique dans une pratique sportive personnelle, de prise de risque dans

la vie courante, ou de plus grande fragilité organique face aux contraintes professionnelles, pour tenter d'expliquer ces taux et cette différence.

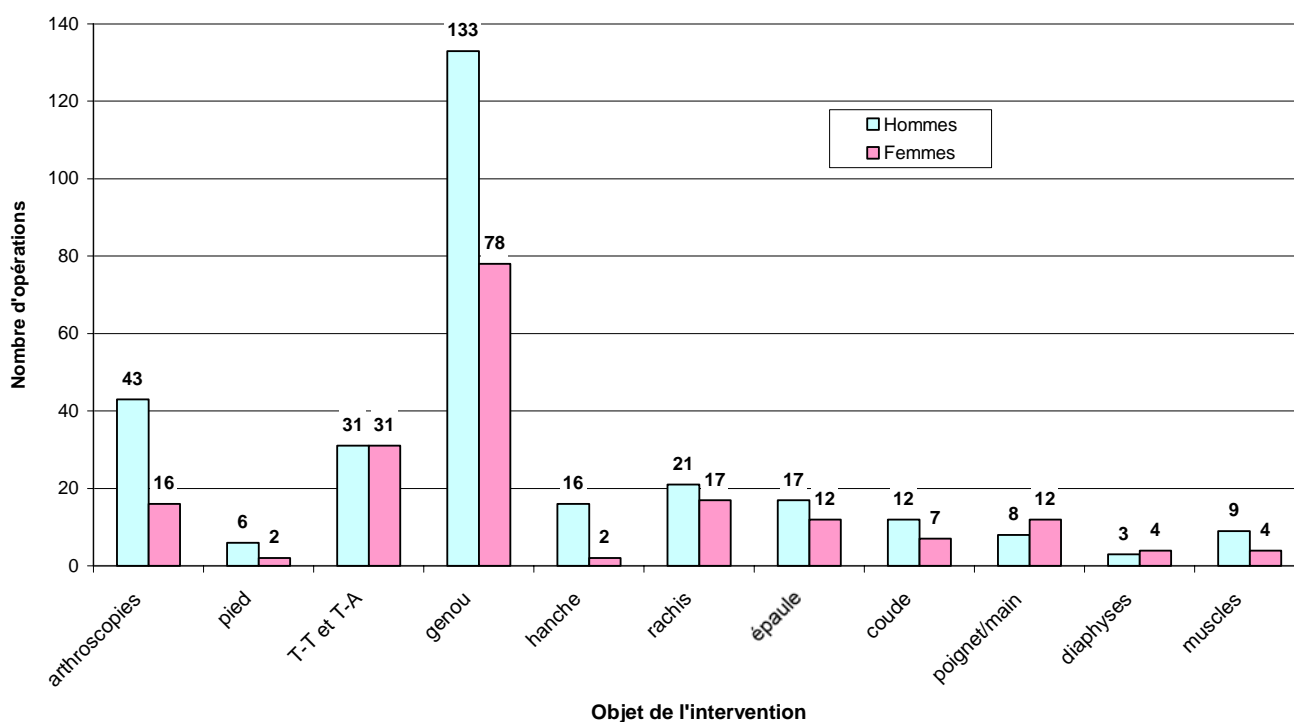
La période de plus grande vulnérabilité au risque chirurgical se situe chez les femmes dans la tranche d'âges de 36 à 45 ans (48 %), pour décroître sensiblement et régulièrement par la suite. À l'opposé, la relative immunité du début de carrière masculin se dégrade en seconde période, pour atteindre les taux de 55 % puis 58 % lors des deux dernières. Faut-il y voir le signe d'une plus grande sagesse dans la gestion féminine de fin de carrière, d'une meilleure conscience des limites ?

On peut également rester perplexe devant certaines “**non-interventions** chirurgicales” : il est parfois fait état de sérieuses lésions comme une rupture totale de ligaments du genou ou de tendon d'Achille, sans même évoquer le projet d'un recours à une chirurgie réparatrice. Comment ne pas s'inquiéter des perspectives de dégradation irréversible que de telles situations laissent présager ?

Il est aussi des cas pour lesquels l'opération serait possible, mais déconseillée par le praticien consulté, sans autre alternative offerte...

### Zones principalement concernées

#### Interventions chirurgicales (synoptique)



Il s'agit ici de comparer les zones corporelles les plus affectées, en fonction du nombre d'opérations répertoriées. Manifestement c'est le genou (et principalement le genou masculin) qui paie le plus lourd tribut au culte de l'effort physique.

La colonne des “arthroscopies” alourdit encore le bilan de cette articulation, car c'est à son niveau qu'elles s'effectuent le plus souvent, si l'on excepte quelques explorations d'épaule. Ce mode d'examen peut suffire à nettoyer l'interligne, mais précède le plus souvent une intervention sur les ménisques et/ou les ligaments croisés. Il est aussi fait mention à ce sujet de quelques réactions négatives ayant durablement entraîné une diminution d'amplitude du jeu articulaire.

Les interventions sur le “**pied**” en tant que base de l'appui au sol sont peu fréquentes et bénignes.

La somme des entorses graves de la **tibio-tarsienne** et des ruptures du **tendon d'Achille** vient en seconde position après celui des atteintes du genou. Cette zone se confirme plus fragile chez la femme. La suture ou le “peignage” du tendon peuvent donner satisfaction dans l'immédiat, mais

quelle garantie de longévité organique dans nos conditions habituelles de sollicitation ? Et quelle compatibilité d'une arthrodèse de cheville avec une station debout prolongée, avec de fréquents déplacements ?

Les interventions (simultanées ou successives) sur les ménisques et ligaments croisés constituent l'essentiel des protocoles relatifs au **genou**. Dans l'ordre décroissant des objectifs d'interventions, nous trouverons les ligaments latéraux, le tendon rotulien (rupture ou nécessité de transplantation), le remodelage des surfaces articulaires ou la modification de l'angulation tibio-fémorale. Les sports de grand terrain sont-ils les grands responsables de cette hécatombe masculine ? Nous tenterons d'y répondre plus loin, du moins en partie.

À part quelques prothèses de **hanche** pour coxarthrose, les interventions à ce niveau sont le plus souvent liées à un fort traumatisme pelvien, sans lien direct avec la pratique professionnelle (accident de la circulation...). Il serait donc difficile de conclure ici à une plus grande vulnérabilité de la coxo-fémorale masculine en regard de nos contraintes professionnelles.

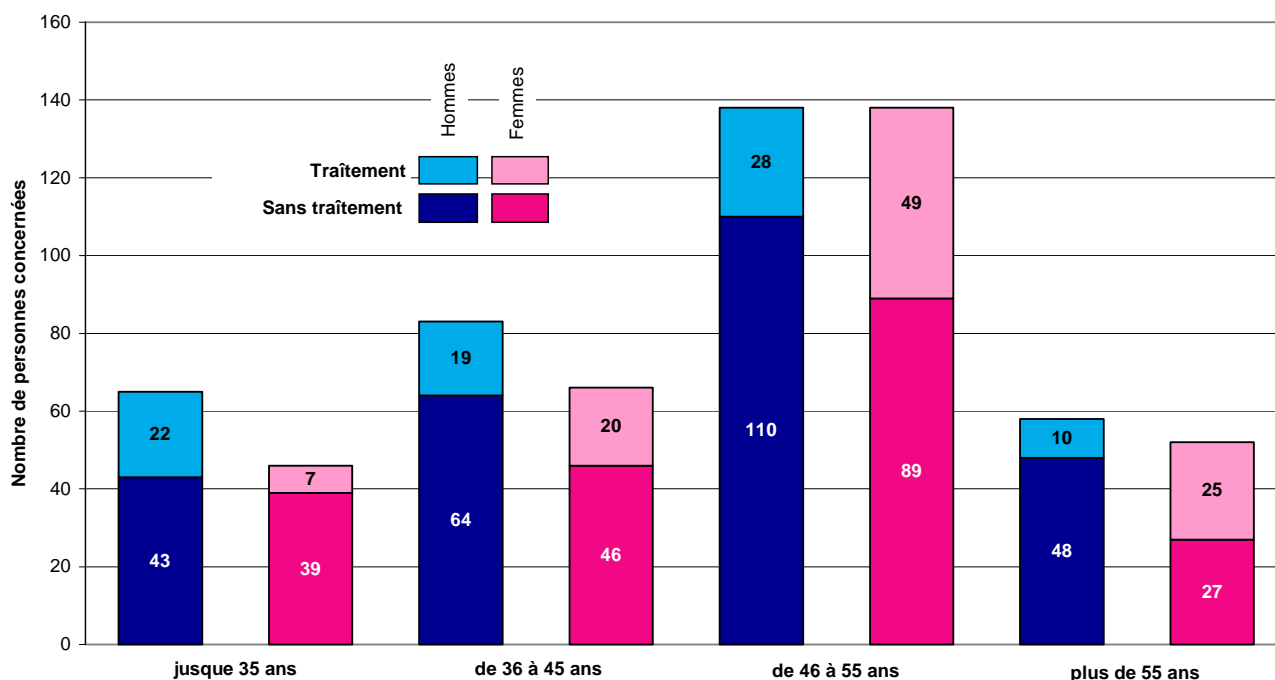
Les interventions sur le **rachis** concernent essentiellement la hernie discale, en précisant par ailleurs que toutes les lésions signalées de cette nature ne sont pas (ou n'ont pas encore été) opérées. Il est fait état de résultats très satisfaisants, avec reprise normale d'activité, mais quelle compatibilité sur le long terme avec une mobilisation rachidienne de grande amplitude, surtout quand un ou deux interlignes ont été définitivement bloqués ?

La majeure partie des interventions sur les régions "**épaule**", "**coude**" ou "**poignet**" laisse des séquelles passablement invalidantes, l'innervation motrice, sensitive ou neurovégétative en sort rarement indemne, au détriment de l'efficacité gestuelle sollicitée (force ou précision).

Les **fractures diaphysaires** des os longs sont rarement évoquées, et relèvent le plus souvent d'accident extra-professionnel. Les atteintes de **corps musculaires** nécessitant le recours à la chirurgie concernent le quadriceps (déchirure ou hématome), la coiffe des rotateurs de l'épaule (désinsertion), la sangle abdominale (hernies). Remarquons ici la plus grande fragilité masculine à cet étage abdominal, malgré les difficultés signalées par ailleurs à enseigner en état de grossesse bien avancée.

## Traitement Chronique

Traitement Chronique - selon l'âge en 2005

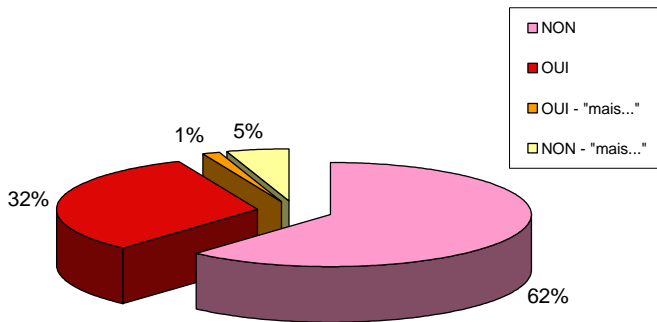


Les réponses positives à cette troisième question sont généralement accompagnées d'une grande variété d'informations complémentaires. Mais le plus souvent elles nous renvoient en fait une interrogation, directe ou détournée, sur l'entendement à lui donner :

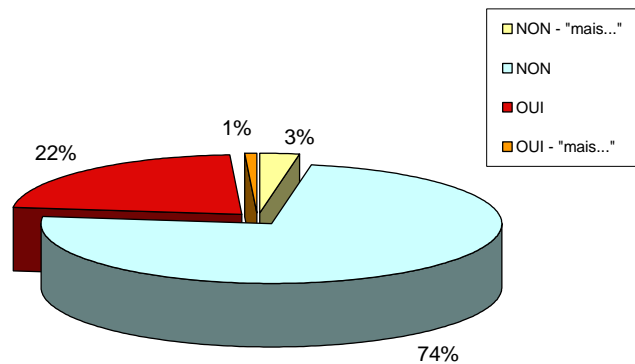
- la dénomination "chronique" est-elle restreinte aux seuls soins permanents (médications, séances de kinésithérapie ou physiothérapie) reconnus indispensables à la vie quotidienne ?
- englobe-t-elle aussi la pérennisation du recours à un appoint thérapeutique (cures diverses) devenu indispensable en fonction du cycle des saisons et des activités ?
- enfin où commence véritablement la chronicité quand les rechutes dans une pathologie précise réclament irrévérablement des soins de plus en plus fréquents ?

Au vu des résultats, doit-on conclure à une plus grande vulnérabilité des femmes face aux atteintes chroniques (33 % contre 23 %), ou y lire plutôt le signe qu'elles se soignent davantage (voire mieux), et commencent plus précocement à le faire ?

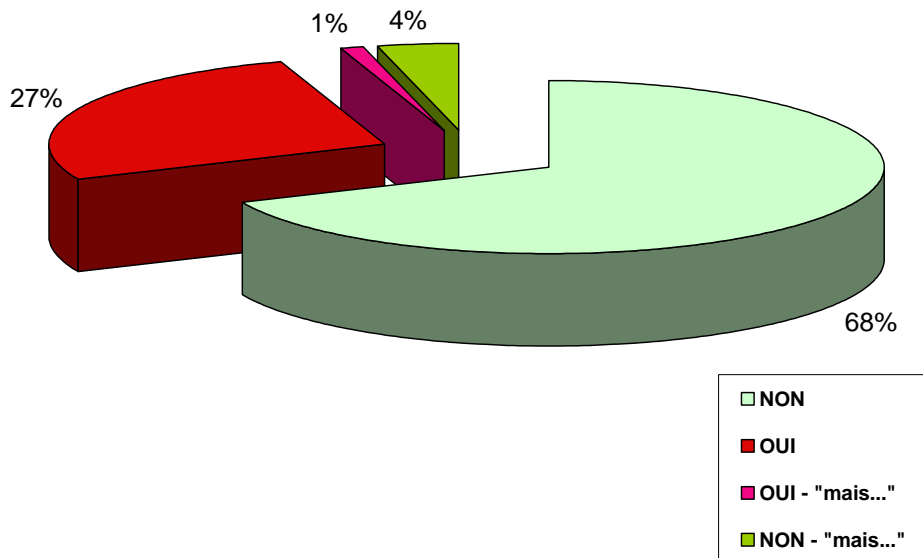
Traitement chronique - Réponses Femmes



Traitement chronique - Réponses Hommes



Ensemble des réponses "Traitement Chronique"



Parmi les remarques jointes à ces réponses, un bon nombre faisait état du recours, curatif ou préventif, à des thérapeutiques plus ou moins "non conventionnelles" ou non conventionnées, (homéopathie, acuponcture, ostéopathie, relaxation, sophrologie...), qui donnent généralement bonne satisfaction aux intéressés mais grèvent aussi leur budget de façon significative. La probabilité reste bien faible que cela soit un jour admis à faire valoir en frais professionnels, et pourtant...

Nous avons cherché par ces graphiques, aux pourcentages arrondis, à rendre compte à la fois des réponses mentionnant cet usage, sans pour autant se reconnaître comme "sous traitement chronique" ("NON... mais") et de celles qui cherchent ailleurs un complément à leur traitement chronique, dont l'efficacité ne leur donne pas pleine satisfaction ("OUI... mais").

## Récapitulatif

### Réponses aux 3 questions de base de l'enquête

Catégories d'âge	effectif de référence	NON x 3		Arrêt > 15 jours		Q 1 seul		opération		Q2 seul		traitement chronique		Q 3 seul		OUI 3 x	
		NON x 3	% NON x 3	Arrêt > 15 jours	% Arrêt > 15 jours	Q 1 seul	% Q1 seul	opération	% opération	Q2 seul	% Q2 seul	traitement chronique	% traitement chronique	Q 3 seul	% Q3 seul	OUI 3 x	% OUI 3 x
F (1)	46	26	57%	8	17%	1	2%	15	33%	5	11%	7	15%	4	9%	0	0%
F (2)	66	15	23%	43	65%	11	17%	32	48%	5	0,0758	20	30%	2	3%	11	17%
F (3)	138	29	21%	94	68%	26	19%	51	37%	1	1%	49	36%	13	9%	16	12%
F (4)	52	14	27%	31	60%	7	13%	18	35%	2	0,0385	25	48%	5	10%	12	23%
<b>Total F</b>	<b>302</b>	<b>84</b>	<b>28%</b>	<b>176</b>	<b>58%</b>	<b>45</b>	<b>15%</b>	<b>116</b>	<b>38%</b>	<b>13</b>	<b>4%</b>	<b>101</b>	<b>33%</b>	<b>24</b>	<b>8%</b>	<b>39</b>	<b>13%</b>
H (1)	65	25	38%	36	55%	9	14%	29	45%	1	2%	22	34%	2	3%	1	2%
H (2)	83	27	33%	43	52%	8	10%	37	45%	5	6%	19	23%	8	10%	5	6%
H (3)	138	32	23%	96	70%	22	16%	73	53%	6	4%	28	20%	3	2%	22	16%
H (4)	58	13	22%	38	66%	10	17%	27	47%	4	7%	10	17%	3	5%	17	29%
<b>Total H</b>	<b>344</b>	<b>97</b>	<b>28%</b>	<b>213</b>	<b>62%</b>	<b>49</b>	<b>14%</b>	<b>166</b>	<b>48%</b>	<b>16</b>	<b>5%</b>	<b>79</b>	<b>23%</b>	<b>16</b>	<b>5%</b>	<b>45</b>	<b>13%</b>
F + H (1)	111	51	46%	44	40%	10	9%	44	40%	6	5%	29	26%	6	5%	1	1%
F + H (2)	149	42	28%	86	58%	19	13%	69	46%	10	7%	39	26%	10	7%	16	11%
F + H (3)	276	61	22%	190	69%	48	17%	124	45%	7	3%	77	28%	16	6%	38	14%
F + H (4)	110	27	25%	69	63%	17	15%	45	41%	6	5%	35	32%	8	7%	29	26%
<b>Total F + H</b>	<b>646</b>	<b>181</b>	<b>28%</b>	<b>389</b>	<b>60%</b>	<b>94</b>	<b>15%</b>	<b>282</b>	<b>44%</b>	<b>29</b>	<b>4%</b>	<b>180</b>	<b>28%</b>	<b>40</b>	<b>6%</b>	<b>84</b>	<b>13%</b>

- (1) : jusqu'à 35 ans  
 (2) : de 36 à 45 ans  
 (3) : de 46 à 55 ans  
 (4) : plus de 55 ans

- NON x 3** : Réponse négative aux 3 questions  
**Q 1** : "Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail de **plus de 15 jours** (pathologie ostéo-articulaire ou rachidienne) ?"  
**Q 2** : "Avez-vous subi une **intervention chirurgicale** au niveau de l'appareil locomoteur ou du rachis ?"  
**Q 3** : " Etes-vous traité(e) pour une maladie ostéo-articulaire ou rachidienne **chronique** ?"  
**OUI x 3** : Réponse positive aux 3 questions

Ce tableau récapitulatif reprend les informations données sur l'histogramme relatif à chaque question. Il affecte à chaque donnée chiffrée son pourcentage par rapport à l'effectif de référence : pour une tranche d'âge ou un ensemble, pour un seul sexe ou la totalité des réponses.

En dégagant pour chaque question les réponses qui ne sont positives que pour cette seule interrogation, on constate que seul un quart des arrêts de travail de plus de 15 jours n'est pas précédé ou accompagné, tôt ou tard, d'intervention chirurgicale ou de traitement chronique.

On conçoit difficilement d'opérer l'appareil locomoteur sans un arrêt de travail concomitant, et plus particulièrement dans une profession aussi physiquement éprouvante. Saluons l'abnégation du petit nombre de patients qui a reculé l'intervention et sa convalescence jusqu'à la période des vacances scolaires, et a repris en toute discrétion, "pour ne pas trop déranger"...

Même sans nécessité de recourir à un arrêt de travail supérieur à 15 jours, ni à une opération, l'usure organique peut contraindre plus ou moins précocement au traitement chronique.

### Selon l'âge de début de carrière

#### (Recherche de) Corrélations entre l'âge de début de carrière et les problèmes de santé

groupe d'âge de début		réponses reçues																
		RAS aux 3 questions		arrêt > 15 jours		arrêt maladie ordinaire		accident travail		maladie profes.		opération		Traitement chronique		Oui aux 3 questions		
A (1) F	avant 20 ans	48	9	19%	35	73%	22	46%	16	16%	1	2%	18	38%	17	35%	8	17%
A (2) F	de 20 à 22 ans	166	50	30%	95	57%	67	40%	46	46%	5	3%	63	38%	54	33%	20	12%
A (3) F	de 23 à 25 ans	78	21	27%	42	54%	21	27%	22	22%	2	3%	34	44%	27	35%	11	14%
A (4) F	à 26 ans et plus	10	4	40%	4	40%	1	10%	2	20%	1	10%	1	10%	3	30%	0	0%
<b>ensemble</b>		<b>302</b>	<b>84</b>	<b>28%</b>	<b>176</b>	<b>58%</b>	<b>111</b>	<b>37%</b>	<b>86</b>	<b>28%</b>	<b>9</b>	<b>3%</b>	<b>116</b>	<b>38%</b>	<b>101</b>	<b>33%</b>	<b>39</b>	<b>13%</b>
(rappel)																		
A (1) H	avant 21 ans	32	9	28%	21	66%	13	41%	12	38%	1	3%	17	53%	4	13%	3	9%
A (2) H	de 21 à 23 ans	112	30	27%	71	63%	46	41%	26	23%	8	7%	57	51%	30	27%	16	14%
A (3) H	de 24 à 26 ans	165	51	31%	99	60%	57	35%	54	33%	3	2%	74	45%	35	21%	22	13%
A (4) H	à 27 ans et plus	35	7	20%	22	63%	12	34%	11	31%	2	6%	18	51%	10	29%	4	11%
<b>ensemble</b>		<b>344</b>	<b>97</b>	<b>28%</b>	<b>213</b>	<b>62%</b>	<b>128</b>	<b>37%</b>	<b>103</b>	<b>30%</b>	<b>14</b>	<b>4%</b>	<b>166</b>	<b>48%</b>	<b>79</b>	<b>23%</b>	<b>45</b>	<b>13%</b>
(rappel)																		

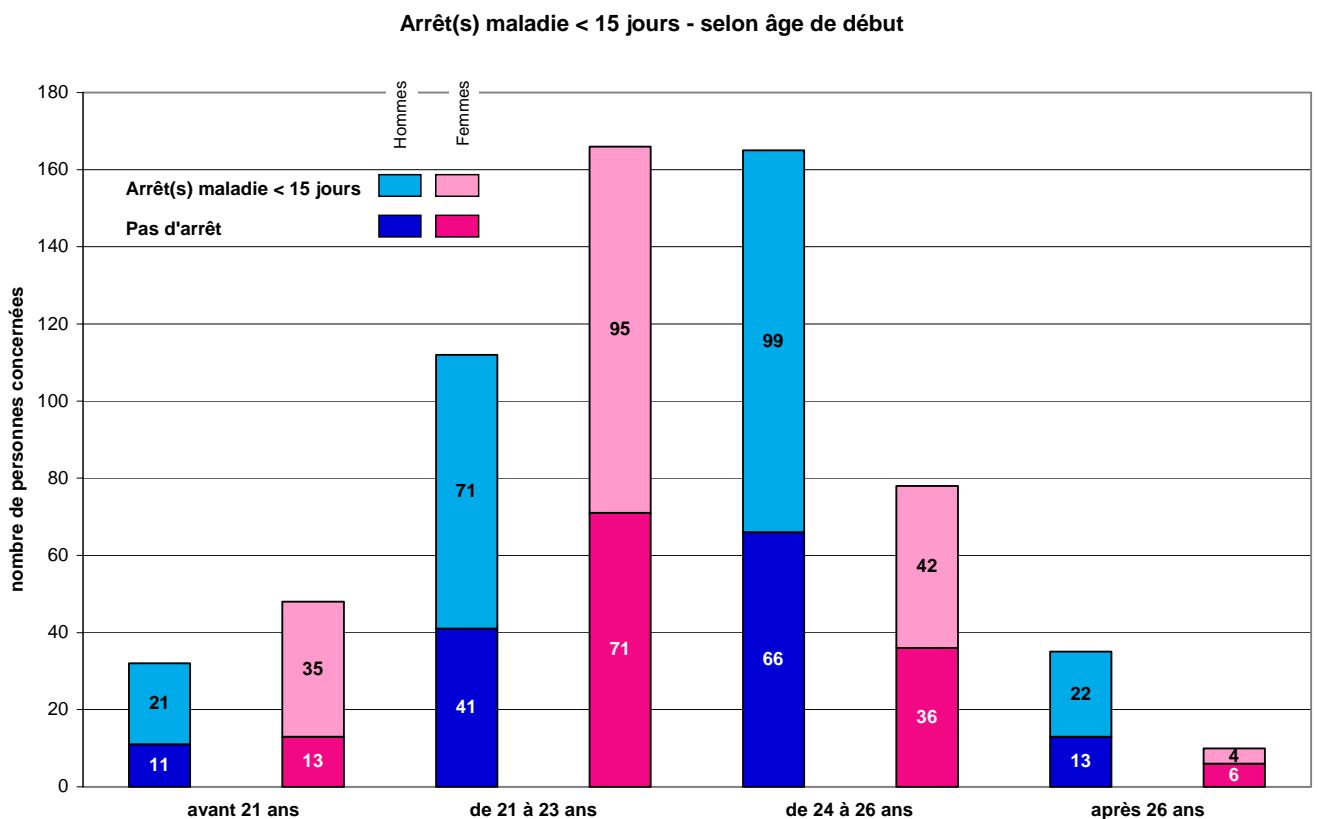
La grande disparité constatée quant aux âges de début de carrière, et plus particulièrement la part importante de "vocations précoces", nous incite à reconsidérer nos résultats globaux selon cet autre critère de répartition de notre population.

En se souvenant que les débuts les plus précoces concernent la partie la plus âgée, il est indéniable qu'ils ont laissé chez les femmes d'évidentes séquelles, et qu'en revanche les débuts plus tardifs semblent les avoir protégées en proportion de ce différé. L'accès de maîtres du premier degré au statut de PEGC bivalents (avec EPS) se serait donc plutôt bien passé à cet égard ?

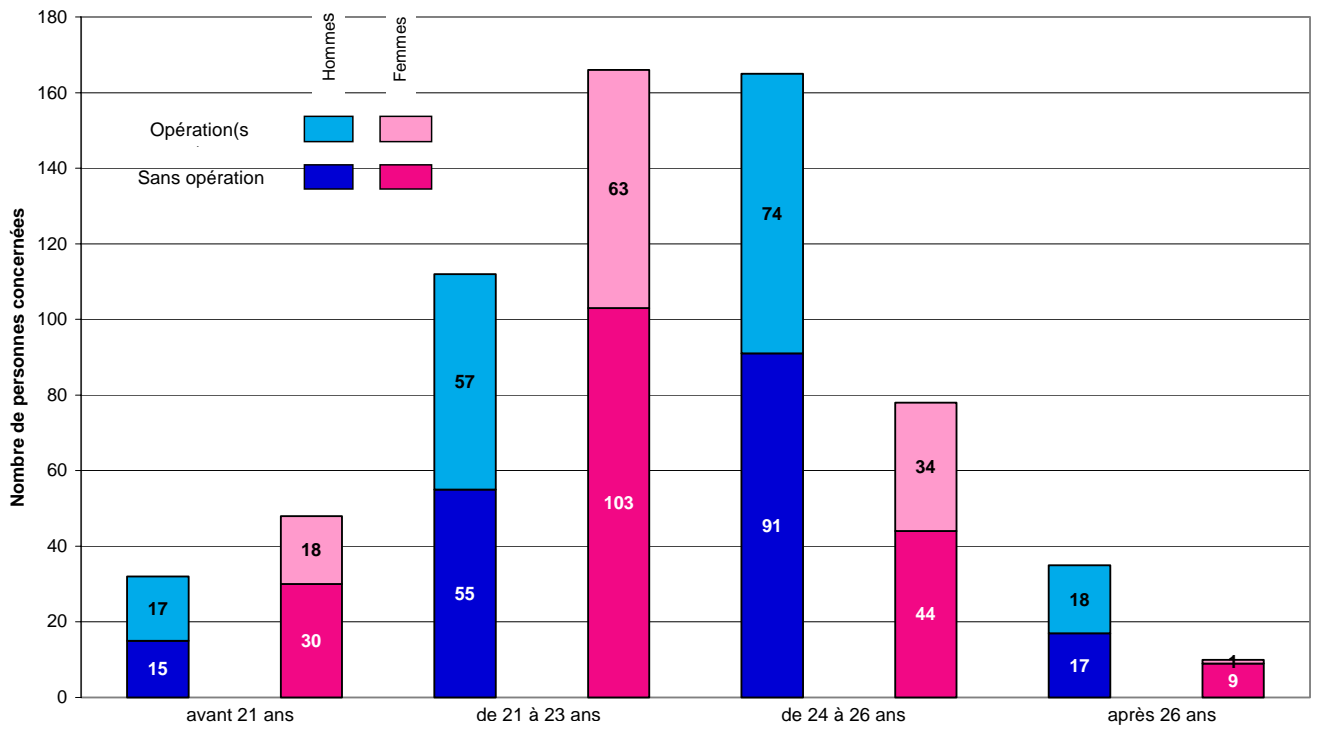
Les chiffres de la population masculine appellent une interprétation un peu plus nuancée. Les écarts de pourcentages y sont en règle générale beaucoup plus tassés, et d'autant moins significatifs. Faut-il en conclure que la période de service militaire aurait tempéré certaines immaturités de générosité dans l'effort, erreurs de jeunesse dont pâtirait plus particulièrement la précocité féminine ?

Manifestement ce métier ne s'improvise pas, nécessite une formation appropriée, requiert une maturité physiologique sans laquelle on peut craindre de solides déboires.

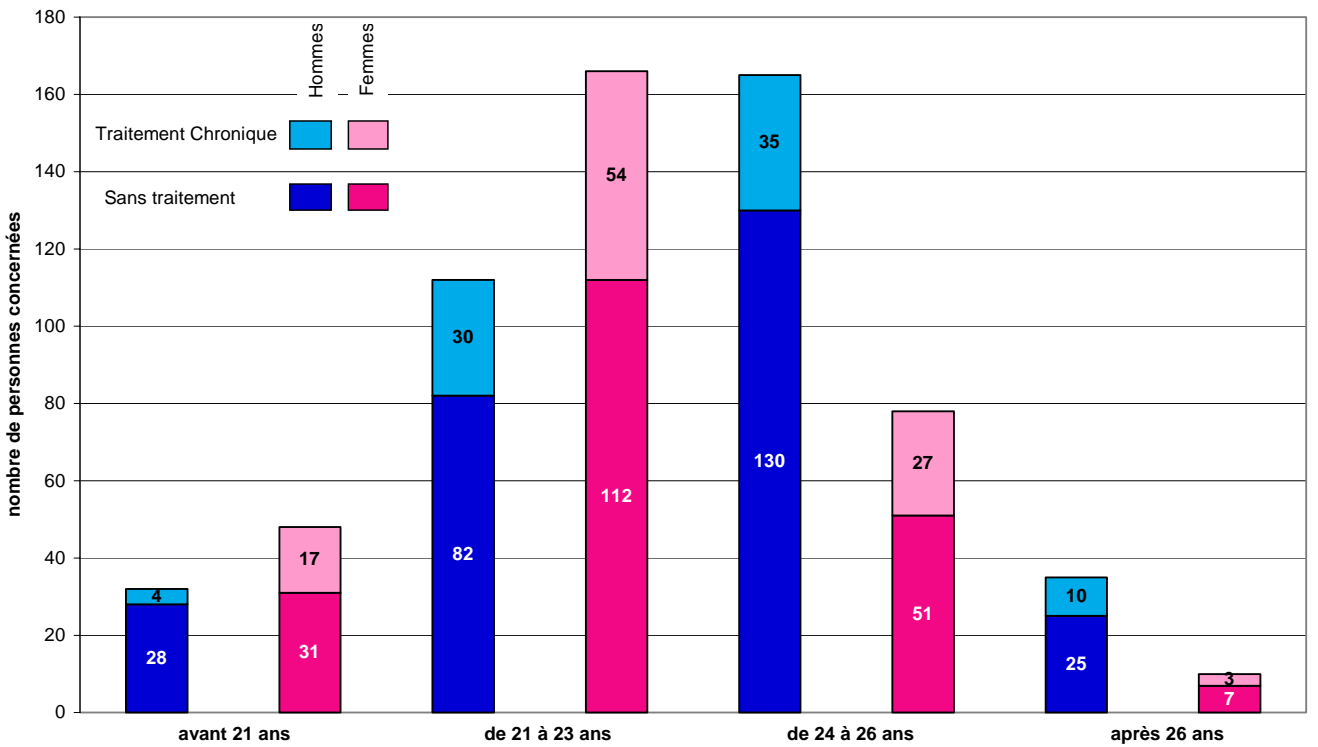
De manière à permettre une meilleure représentation visuelle des proportions entre groupes considérés, on trouvera ci-après la reprise de l'histogramme propre à chaque question, établi cette fois à partir des données figurant au précédent tableau :



## Interventions chirurgicales - selon l'âge de début



## Traitement chronique - selon âge de début



## Selon la spécialisation dans les APS

Nous avons déjà souligné les divers degrés d'imprécision des réponses relatives à ce sujet, et plus particulièrement de celles qui se veulent par ailleurs les plus explicites. Pour ces raisons nous avons choisi d'en dissocier les "Polyvalences" dans notre recherche de corrélations.

### Polyvalence (affirmée ou saisie par défaut)

#### Polyvalence Hommes et Femmes - Tableau des réponses aux 3 questions

	Effectif global Polyvalence	RAS / NON x 3 %		arrêt(s) > 15 jours %		opération(s) %		traitement chronique %		OUI x 3 %		Maladie Ordinaire %		Accident Travail %		Maladie professionnelle %	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Global enquête (Rappel)	646	181	28%	389	60%	282	44%	180	28%	84	13%	239	37%	189	29%	23	4%
Global réponses Femmes (Rappel)	302	84	28%	176	58%	116	38%	101	33%	39	13%	111	37%	86	28%	9	3%
Total Polyvalence Femmes	83	20	24%	46	55%	29	35%	26	31%	10	12%	31	37%	27	33%	4	5%
moins de 36 ans (F)	7	5	71%	0	0%	2	29%	0	0%	0	0%	0	0%	1	14%	0	0%
de 36 à 45 ans (F)	15	2	13%	7	47%	10	67%	5	33%	5	33%	8	53%	5	33%	1	7%
de 46 à 55 ans (F)	44	9	20%	30	68%	13	30%	13	30%	3	7%	18	41%	15	34%	2	5%
plus de 55 ans (F)	17	4	24%	9	53%	4	24%	8	47%	2	12%	5	29%	6	35%	1	6%
débuts avant 21 ans (F)	18	2	11%	12	67%	5	28%	5	28%	2	11%	9	50%	7	39%	1	6%
... de 21 à 23 ans (F)	41	12	29%	21	51%	13	32%	12	29%	4	10%	16	39%	14	34%	2	5%
... de 24 à 26 ans (F)	21	6	29%	12	57%	10	48%	8	38%	4	19%	5	24%	6	34%	1	5%
... après 26 ans (F)	3	0	0%	1	33%	1	33%	1	33%	0	0%	1	33%	0	0%	0	0%
Global réponses Hommes (Rappel)	344	97	28%	213	62%	166	48%	79	23%	45	13%	128	37%	103	30%	14	4%
Total Polyvalence Hommes	98	29	30%	59	60%	48	49%	22	22%	13	13%	37	38%	26	27%	4	4%
moins de 36 ans (H)	29	11	38%	15	52%	13	45%	5	17%	2	7%	10	34%	7	24%	0	0%
de 36 à 45 ans (H)	32	9	28%	21	66%	18	56%	8	25%	7	22%	11	34%	10	31%	3	9%
de 46 à 55 ans (H)	26	4	15%	17	65%	13	50%	8	31%	3	12%	12	46%	7	27%	1	4%
plus de 55 ans (H)	11	5	45%	6	55%	4	36%	1	9%	1	9%	4	36%	2	18%	0	0%
débuts avant 21 ans (H)	8	1	13%	6	75%	5	63%	1	13%	1	13%	4	50%	3	38%	0	0%
... de 21 à 23 ans (H)	26	9	35%	13	50%	13	50%	5	19%	2	8%	6	23%	7	27%	3	12%
... de 24 à 26 ans (H)	53	18	34%	31	58%	22	42%	12	23%	8	15%	21	40%	12	23%	1	2%
... après 26 ans (H)	11	1	9%	9	82%	8	73%	4	36%	2	18%	6	55%	4	36%	0	0%

Dans l'empirisme général de cette démarche, l'intention était ici de comparer les réponses de cette population au bilan global, et plus accessoirement entre elles les différentes tranches d'âges retenues, à toutes fins utiles. Nous constatons sur le premier point un léger avantage de la polyvalence féminine sur le reste des femmes. Si cette observation ne rencontre chez les hommes qu'un écho très discret, du moins la polyvalence n'apparaît pas comme un handicap professionnel.

Les remarques annexes de bon nombre des plus jeunes collègues faisaient état de séquelles de blessures contractées en cours de formation, soit en ce qui les concerne plus particulièrement une augmentation des exigences de performance, par ailleurs associée à une diminution de la pratique physique, à la fois dans les horaires et l'éventail des activités abordées. Nos quelques irréductibles polyvalentes femmes issues du nouveau cursus semblent relativement préservées sur ce point, hypothèse que les résultats de leurs homologues masculins ne contredit pas.

En contrepartie, il reste difficile d'interpréter l'ensemble de mauvais résultats obtenus par les hommes aux débuts de carrière les plus tardifs. Est-ce une invitation à mettre un bémol aux propos tenus concernant nos PEGC bivalents ?

### Spécialisation précisée (unique ou combinée)

À la lumière de la recherche précédente, il serait fastidieux et sans doute stérile d'appliquer à chaque groupe de spécialité la même démarche détaillée, d'autant que la variété de combinaisons des réponses multiples restreint sensiblement leur représentativité. Il faut aussi tenir compte dans les comparaisons de pourcentages des fortes différences d'effectifs d'un groupe à l'autre. On s'est donc borné à collationner globalement les réponses aux 3 questions, en regard de chaque activité retenue.

Le passage de 400 à 646 réponses nous a contraint à revenir sur bien des hypothèses que les premiers résultats pouvaient suggérer. Il est vraisemblable qu'un échantillon doublé ou triplé nous amènerait encore à revoir notre copie sur ce point, sans doute le plus délicat à déchiffrer.

**Tableau comparatif des réponses "Hommes" aux 3 questions - selon les spécialisations**

Hommes		effectif concerné		RAS / NON x 3		arrêt(s) > 15 jours		opération(s)		traitement chronique		OUI x 3		Maladie Ordinaire		Accident Travail		Maladie Professionnelle	
			%		%		%		%		%		%		%		%		%
Global enquête (rappel)	646	181	28%	389	60%	282	44%	180	28%	84	13%	239	37%	189	29%	23	4%		
Global Hommes (rappel)	344	97	28%	213	62%	166	48%	79	23%	45	13%	128	37%	103	30%	14	4%		
Polyvalence H (rappel)	98	29	30%	59	60%	48	49%	22	22%	13	13%	37	38%	26	27%	4	4%		
Spécialisation Hommes	246	68	28%	154	63%	118	48%	57	23%	32	13%	91	37%	77	31%	10	4%		
Sports Co gd terrain	107	23	21%	75	70%	59	55%	30	28%	19	18%	40	37%	39	36%	6	6%		
Sports Co en salle	102	28	27%	69	68%	51	50%	22	22%	15	15%	38	37%	35	34%	5	5%		
Athlétisme et Hors stade	90	26	29%	53	59%	43	48%	19	21%	10	11%	33	37%	25	28%	4	4%		
Gymnastique (agrès)	28	6	21%	22	79%	16	57%	6	21%	4	14%	13	46%	13	46%	1	4%		
Sports de raquette	28	13	46%	12	43%	10	36%	4	14%	2	7%	6	21%	6	21%	0	0%		
Natation (sportive)	26	12	46%	11	42%	10	38%	6	23%	4	15%	6	23%	4	15%	1	4%		
Activités de pleine nature	24	4	17%	17	71%	12	50%	8	33%	4	17%	8	33%	11	46%	0	0%		
Arts martiaux	15	2	13%	11	73%	12	80%	8	53%	6	40%	6	40%	6	40%	0	0%		
Sports nautiques	10	5	50%	4	40%	4	40%	2	20%	1	10%	3	30%	3	30%	0	0%		
Activités d'expression	1	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%		
(1c) Volley-Ball	45	11	24%	30	67%	24	53%	11	24%	7	16%	16	36%	17	38%	1	2%		
(1a) Basket-ball	27	10	37%	17	63%	11	41%	6	22%	5	19%	13	48%	6	22%	0	0%		
(1b) Handball	27	5	19%	21	78%	12	44%	4	15%	1	4%	9	33%	13	48%	2	7%		
(2a) Football	77	16	21%	54	70%	45	58%	22	29%	15	19%	31	40%	26	34%	3	4%		
(2b) Rugby	20	5	25%	13	65%	8	40%	5	25%	2	10%	6	30%	9	45%	1	5%		

À ces réserves près, les réponses masculines sont les plus sévères pour les "Arts Martiaux" et la "Gymnastique aux agrès", mais l'effectif majoritaire absolu que représente le grand ensemble des sports collectifs se retrouve généralement au-dessus de la moyenne globale de l'enquête. Les résultats des "Sports Nautiques" se démarquent sensiblement de ceux des autres "Activités de Plein Air". Les "Sports de raquette" et la "Natation sportive" complètent ce trio du moindre risque.

En essayant d'affiner l'analyse des sports collectifs, nous découvrons un bilan nettement plus pessimiste pour le Football que pour le Rugby, et mieux réparti dans les sports en salle où le Basket-Ball se montrerait le moins accidentogène. Notons le surprenant mauvais score du Volley-Ball en regard du risque opératoire, et sans doute des séquelles invalidantes, par rapport à ses concurrents.

**Tableau comparatif des réponses "Femmes" aux 3 questions - selon les spécialisations**

Femmes		effectif concerné	RAS / NON x 3		arrêt(s) > 15 jours		opération(s)		traitement chronique		OUI x 3		Maladie Ordinaire		Accident Travail		Maladie Professionnelle	
				%		%		%		%		%		%		%		%
Global enquête (rappel)	646	181	28,0%	389	60%	282	44%	180	28%	84	13%	239	37%	189	29%	23	4%	
Global Femmes (rappel)	302	84	27,8%	176	58%	116	38%	101	33%	39	13%	111	37%	86	28%	9	3%	
Polyvalence F (rappel)	83	20	24,1%	46	55%	29	35%	26	31%	10	12%	31	37%	27	33%	4	5%	
Spécialisation Femmes	219	64	29,2%	130	59%	87	40%	75	34%	29	13%	80	37%	59	27%	5	2%	
(1) Sports Co en salle	121	36	30%	71	59%	50	41%	37	31%	15	12%	42	35%	34	28%	4	3%	
Gymnastique (agrès)	69	16	23%	40	58%	21	30%	30	43%	8	12%	26	38%	17	25%	2	3%	
Athlétisme et Hors stade	66	19	29%	43	65%	27	41%	19	29%	10	15%	21	32%	27	41%	2	3%	
Sports de raquette	27	9	33%	13	48%	15	56%	6	22%	4	15%	8	30%	7	26%	1	4%	
Natation (sportive)	25	8	32%	14	56%	9	36%	9	36%	4	16%	10	40%	4	16%	1	4%	
Activités d'expression	19	4	21%	10	53%	7	37%	12	63%	2	11%	7	37%	6	32%	1	5%	
Activités de pleine nature	7	3	43%	4	57%	3	43%	2	29%	2	29%	3	43%	1	14%	1	14%	
Arts martiaux	6	1	17%	4	67%	4	67%	2	33%	2	33%	4	67%	1	17%	0	0%	
Sports nautiques	5	2	40%	3	60%	2	40%	1	20%	1	20%	2	40%	2	40%	0	0%	
Sports Co gd terrain	4	1	25%	1	25%	3	75%	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%	0	0%	
(1c) Volley-Ball	49	15	31%	28	57%	17	35%	15	31%	5	10%	16	33%	15	31%	2	4%	
(1a) Basket-ball	35	14	40%	17	49%	16	46%	16	46%	4	11%	11	31%	7	20%	1	3%	
(1b) Handball	31	6	19%	21	68%	15	48%	11	35%	6	19%	13	42%	9	29%	0	0%	

Chez les femmes nous avons la surprise de découvrir le (plus) faible risque opératoire de la "Gymnastique aux agrès", ainsi que le fort taux de traitement chronique lié aux "Activités Physiques d'Expression". Le petit nombre de pratiquantes en "Arts Martiaux" et "Sports Collectifs de grand terrain" semble en payer le prix fort. Nous ne retrouvons plus aussi clairement la notion d'activité à moindre risque.

Parmi les sports collectifs, ici limités à la salle, le Handball se montre nettement plus accidentogène que les deux autres, parmi lesquels le Volley-Ball infirmerait en revanche son fort taux de risque opératoire rencontré chez les hommes.

La révélation majeure de cette enquête est assurément l'impressionnant total et la proportion des recours à la chirurgie réparatrice. Aussi avons-nous essayé de cerner les corrélations entre le synoptique des interventions chirurgicales et notre nomenclature d'APS, sans perdre de vue la très faible proportion de réponses uniques, ni la grande diversité des associations de réponses.

## Répartition des interventions chirurgicales selon les Spécialisations (Hommes)

total des interventions	Polyvalence (femmes)		Spécialisation APS (femme)										Basket-ball			Handball		Volley-ball		Football		Rugby	
	Athlétisme et Hors stade	Gymnastique (agres)	Activités d'expression	Natation (sportive)	Sports Co en salle	Sports Co grand terrain	Arts martiaux	Activités de pleine nature	Sports de raquette	Sports nautiques	Basket-ball	Handball	Volley-ball	Football	Rugby								
effectif total	98	246	90	28	1	26	102	107	15	24	28	10	27	27	45	77	20						
effectif opéré	48	119	43	16	1	10	51	59	12	13	11	4	11	12	24	45	8						
(ventilation du cumul des réponses)																							
arthroscopies	43	15	28	15	0	0	2	15	16	0	2	1	0	3	6	6	16	0					
pied	6	4	2	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0					
cheville/tend. d'Ach.	31	4	27	7	4	0	2	16	13	2	2	1	2	3	3	10	10	1					
diaphyses	3	0	3	0	2	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	2	1	0					
genou	133	28	105	30	14	2	12	39	53	12	21	7	2	12	8	22	42	8					
hanche/bassin	16	2	14	11	2	0	0	7	7	3	0	2	0	3	0	4	7	0					
rachis	21	12	9	2	1	0	1	4	3	1	1	2	0	2	1	1	2	1					
épaule	17	5	12	7	3	0	2	5	5	1	3	0	0	0	0	5	4	1					
coude	12	3	9	4	2	0	0	4	5	2	0	2	0	1	0	2	4	0					
poignet/main	8	2	6	2	0	0	0	5	3	2	0	0	0	0	2	1	1	0					
muscles	9	1	8	4	1	0	1	0	2	1	2	0	1	0	0	0	2	0					

À ces réserves près, chez les Hommes les réponses “Football” confirmeraient ce qu’on pouvait craindre du point de vue des atteintes du genou et de la cheville, mais il y a aussi matière à se poser quelques questions devant les réponses “Athlétisme” et “Sport collectifs en salle”, notamment lorsque ces derniers se montreraient plus accidentogènes que le Rugby pour le membre supérieur...

## Répartition des interventions chirurgicales selon les Spécialisations (Femmes)

total des interventions	total des interventions		total des interventions										total des interventions		
	Polyvalence (femmes)	Spécialisation APS (femme)	Athlétisme et Hors stade	Gymnastique (agres)	Activités d'expression	Natation (sportive)	Sports Co en salle	Sports Co grand terrain	Arts martiaux	Activités de pleine nature	Sports de raquette	Sports nautiques	Basket-ball	Handball	Volley-ball
effectif total	83	219	66	69	19	25	212	4	6	7	27	5	35	31	49
effectif opéré	29	87	27	21	7	9	50	3	4	3	15	2	16	15	17
	(ventilation du cumul des réponses)														
arthroscopies	16	5	11	4	2	0	1	7	0	3	0	0	3	3	1
pied	2	0	2	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0
cheville/tend. d'Ach.	31	4	27	14	3	3	3	18	2	0	0	4	6	1	11
diaphyses	4	1	3	0	2	0	1	2	0	0	0	1	1	0	1
genou	78	18	60	15	14	3	4	34	1	7	2	11	9	14	7
hanche/bassin	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
rachis	17	3	14	5	2	0	3	8	0	1	1	1	4	1	4
épaule	12	2	10	4	2	1	2	4	0	2	1	1	0	2	2
coude	7	2	5	1	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1
poignet/main	12	4	8	2	4	0	0	6	0	0	1	0	4	2	1
muscles	4	1	3	0	0	0	2	2	0	0	0	1	2	0	0

Beaucoup d'interventions imputables aux "Sports collectifs en salle", chez les Femmes, mais en valeur relative il est vraisemblable que la rubrique "Athlétisme" comporte aussi pas mal de dégâts, malgré l'absence d'antagonisme direct. Et si le "Volley-Ball" se montre ici moins nocif que les autres pour le genou, son score est plus inquiétant concernant l'étage "cheville-tendon d'Achille".

Ces deux tableaux, où les quantifications d'actes chirurgicaux interviennent en sus du nombre de personnes concernées, présentent l'intérêt de remettre sérieusement en question ce qu'on avait crû pouvoir interpréter précédemment, à partir d'une approche différente. Selon toute vraisemblance nous abordons-là le délicat problème des collègues présentant une vulnérabilité particulière, révélée à un moment quelconque de la carrière, avec des récurrences de plus en plus fréquentes auxquelles la chirurgie n'apporte qu'une réponse de plus en plus imparfaite. Cela ne concerne qu'une minorité de personnes, mais introduit la question cruciale de cette enquête : quelle(s) issue(s) possible(s) ?

**Paul GENEAU**



## Fédération Nationale des enseignants d'E.P.S. de l'Enseignement Catholique

3, ruelle des Ajoncs  
56250 Treffléan  
Tél. fax : 02.97.42.70.53  
e-mail : [fnepsec@wanadoo.fr](mailto:fnepsec@wanadoo.fr)  
<http://www.fnepsec.com>

« la Fédération une équipe pour l'action »  
« faire ce qu'on doit, dire ce qu'on croit »  
« la Fédération au service de l'équité »  
« seules les idées gagnent »

Questembert, le 3 décembre 2005.

### Les Observations et Commentaires du Docteur Jean Pierre CAVIL

#### Préambule

Le but de l'enquête faite du 20 septembre 2003 au 20 septembre 2005 à partir du questionnaire ci-joint était de mettre en évidence deux faits que nous avons constatés dans le cadre de notre pratique quotidienne :

- 1- Le nombre important d'enseignants d'EPS atteints d'une pathologie ostéo-articulaire et vertébrale, quelque soit l'âge.*
- 2- L'inquiétude de ces enseignants concernant leur devenir professionnel, compte-tenu de l'aggravation progressive de leur pathologie et de la spécificité de leur profession : activité physique demandant – pour un exercice normal – une intégrité physique totale.*

#### « Éléments de Réflexion »

#### Ces réponses suscitent plusieurs remarques :

- Le nombre de réponses traitées 646, soit 302 femmes et 344 hommes.
- La rapidité de retour des réponses.
- La qualité des réponses.

« *Cela signifie déjà une inquiétude et un profond malaise des Professeurs d'EPS* ».

Le questionnaire portait uniquement sur les pathologies ostéo-articulaires et le rachis. Sans tenir compte des localisations pathologiques, on note chez **les Hommes de moins de 35 ans 46,81 %** d'atteintes ostéo-articulaires et **43,48 %** chez **les Femmes !**

Dans **la tranche d'âge 46-55 ans**, seules 29 femmes sur 138 ne sont pas atteintes de pathologies invalidantes, **soit 21,01 %**, et 32 hommes sur 144, **soit 22,22 %**.

**Ces chiffres sont très significatifs : « nous ne connaissons aucune profession qui présente un tel état de dégradation médico-chirurgicale à ces âges ».**

**Le nombre de réponses positives à la question : « Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? » prouve les hauts risques de cette activité :**

- a) **23,40 % des femmes (11 sur 47) et 32,61 % des hommes (15 sur 46) ont subi une intervention chirurgicale avant l'âge de 35 ans !** Il s'agit – en général – d'interventions graves (ligamentoplasties du genou, rupture du tendon d'Achille, etc.). **« On peut donc d'emblée se poser la question du devenir professionnel de ces jeunes professeurs ».**
- b) **totalité des interventions chirurgicales sur l'appareil locomoteur et le rachis : 166 hommes sur 344 ont été opérés – pour 299 opérations mentionnées – soit 48,26 % ; 116 femmes sur 302 ont été opérées – pour 185 opérations mentionnées – soit 38,41 %.** Il ressort de cette enquête **que sur les 646 réponses, près de 44 % d'enseignants d'EPS ont subi au moins une intervention chirurgicale !**

***Ces deux points nous amènent à conclure qu'il s'agit – sans exagération - d'une profession très exposée, pour ne pas dire « sinistrée ».***

### **Analyse du détail des pathologies**

- a) **le genou** : tous âges confondus, on compte 133 interventions chez les hommes et 78 chez les femmes **soit 39 % chez les hommes et 26 % chez les femmes.**
- b) **le tendon d'Achille** : **31 ruptures chez les femmes.**
- c) **les pathologies rachidiennes** : toutes localisations confondues (douleurs chroniques, sciatiques, hernies discales, etc.) : **157 chez les hommes, 179 chez les femmes, qui nous donnent ici aussi des pourcentages impressionnants de 45,6 % pour les hommes et 59,3 % pour les femmes !**

***« Sur le plan strictement médical on est surpris par de telles proportions ».***

## **Une autre interrogation se pose au sujet des arrêts de travail de plus de 15 jours.**

On trouve :

- 41 % d'arrêts de travail pour congés maladie ordinaires.
- 30 % en accidents de travail.
- 8 % en maladies professionnelles.

Compte-tenu des pathologies décrites et des gestes professionnels qui les ont occasionnées, le très faible pourcentage de maladies professionnelles ne s'explique pas.

Il s'agit sans doute d'une méconnaissance du Corps Médical de l'activité réelle des enseignants d'EPS : « activité physique par définition avec gestes répétitifs, se référer au tableau 57 des maladies professionnelles ».

Nous sommes aussi surpris que certaines caisses de Sécurité Sociale prennent plus facilement en charge ces pathologies au titre de maladies professionnelles que d'autres.

## **Conclusion**

**Une certitude s'impose : « l'exercice de cette profession présente une pénibilité majeure se traduisant par des pathologies articulaires et vertébrales extrêmement fréquentes et invalidantes ». Ceci est – pour le médecin – une spécificité par rapport aux autres disciplines de l'Éducation Nationale.**

Les enseignants d'EPS se posent – en conséquence – deux questions qui sont source d'inquiétude majeure :

- ✓ **Que vont-ils devenir – en vieillissant – sur le plan purement médical ?**
- ✓ **Peut-on encore exercer efficacement une telle profession avec des handicaps aussi graves ?**

## Sur le Plan Médical et Médico-légal, on peut formuler 4 vœux :

- 1) *Un suivi médical plus fréquent pour une profession aussi exposée paraît indispensable (il n'existe pas d'examen de Médecine du Travail).*
- 2) *Une sensibilisation et une formation sérieuse à la prévention s'imposent pour les étudiants se destinant à cette profession.*
- 3) *Une sensibilisation et une information nationale sont à effectuer auprès des caisses de Sécurité Sociale afin de faire accepter en Maladie Professionnelle beaucoup de pathologies (tendinite de l'épaule, coude, poignet, etc.) prises actuellement en maladie ordinaire ; tableau 57 des maladies professionnelles.*
- 4) *Acceptant le principe qu'il faut une intégrité physique totale pour exercer cette profession, prévoir – en cas d'incapacité – des reclassements permettant aux enseignants d'EPS de finir leur carrière dans le cadre de leur établissement ou de contrats nouveaux respectant leurs statuts actuels.*

**Docteur CAVIL Jean Pierre**

Médecin des Hôpitaux

Spécialiste de Rééducation et de Médecine Physique

Médecin assermenté



## Fédération Nationale des enseignants d'E.P.S. de l'Enseignement Catholique

2, rue Laënnec  
56230 Questembert  
Tél. : 02.97.26.10.22  
e-mail : [fnepsec@wanadoo.fr](mailto:fnepsec@wanadoo.fr)  
<http://www.fnepsec.com>

*« la Fédération une équipe pour l'action »  
« faire ce qu'on doit, dire ce qu'on croit »  
« la Fédération au service de l'équité »  
« seules les idées gagnent »*

Questembert, le 3 décembre 2005.

### Nos Observations et Demandes

20 années de FNEPSEC nous ont appris que le cheminement des idées et de l'administration est très long. Nous en savons quelque chose avec nos partenaires et amis du SPELC à propos de la situation juridique des maîtres, où à leurs côtés – pendant de nombreuses années – nous avons à notre niveau contribué à un nouveau statut “clarifié”. La loi 2005-5 du 5 janvier 2005 qualifie désormais les maîtres « d'agent public » et un régime additionnel de retraite – vraisemblablement géré par l'Association pour la Prévoyance des Cadres, A.P.C., organisme choisi par l'Etat pour gérer entre autres le RETREP – apporte un complément de retraite de 5 % à partir des départs en retraite au 1<sup>er</sup> septembre 2005. Même si ce taux passera progressivement (sur 25 ans !) à 10 %, l'écart des retraites avec nos collègues du public ayant été chiffré par l'administration à près de 20 %, vous comprendrez aisément le chemin qu'il nous reste à parcourir.

Dès notre création nous avons été sollicités par des demandes d'aide et de conseils en direction du handicap physique et de la maladie, réclamant une assistance avertie et soutenue. Devant la recrudescence de telles situations cruciales – à mesure du vieillissement progressif de la corporation (cf. le papy boom) – nous avons jugé que le moment était venu d'aborder à plus vaste échelle les questions d'atteintes corporelles et d'aménagement des fins de carrières en direction d'une catégorie d'enseignants manifestement très exposée... si l'on se fie aux conclusions de cette grande enquête.

Notre profession est particulièrement touchée alors qu'aucune action préventive spécifique n'est engagée. Nous étions au courant ces dernières années, de par nos entretiens au Ministère de l'Education Nationale, d'une possibilité de changement de discipline – qui est officiellement confirmée par la circulaire n° 2005-113 du 25 juillet 2005 et parue au BO n° 31 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 – mais à ce jour nous n'avons pas connaissance qu'une telle reconversion ait abouti ! C'est ce qui nous a incités à lancer cette grande enquête médicale au niveau national, relayée par les syndicats départementaux du SPELC et quelques unions départementales ou régionales de l'UGSEL, afin de mettre en évidence la nécessité d'ouvrir – **en urgence maintenant** – une réflexion sur de multiples points tels que : **la formation des enseignants, les conditions de travail, le suivi médical et la prévention, la prise en compte de la pénibilité des tâches, le reclassement professionnel et l'aménagement de la fin de carrière.** Entendons-nous bien à propos de la « **pénibilité du travail** », celle du maçon, du terrassier, du carreleur, du couvreur, de l'O.S. à la chaîne, est probablement bien plus importante que la nôtre, mais nous avons voulu démontrer au travers de l'enquête, et des **646** réponses saisies, que nous exerçons une profession à risque et à haut niveau de pénibilité en fin de carrière et que l'usure du corps et notamment des articulations ne permettra qu'à une minorité d'enseigner l'EPS jusqu'à 65 ans !

En outre cette carrière professionnelle d'enseignant fait suite à une carrière sportive, et à une formation de professeur d'EPS qui ne sont pas souvent sans lésions et traumatismes différés.

Nous avons l'intention de médiatiser l'enquête et ses conclusions, et de nous appuyer sur cette étude, sans lamentations. Nous voulons démontrer l'usure mécanique et provoquer la mise en place de moyens préventifs avant que n'apparaissent des détériorations irréversibles. Faut-il rappeler qu'un peu plus de **8 %** de nos adhérents sont en situation de **CLM/CLD** ou ont opté pour le **Régime Temporaire de Retraite de l'Enseignement Privé – RETREP** – pour « **inaptitude physique et invalidité** » ! Nous voulons éviter « **la mise sur la touche** », seule solution proposée pendant des années au collègue blessé, et tenons à exploiter au mieux ses compétences techniques et pédagogiques pour servir autrement dans la communauté éducative. La question très actuelle de « *l'emploi des seniors 50-65 ans* » trouve ici un écho majeur.

En 20 ans de FNEPSEC nous avons été très sensibles aux signes de détresses, et il y en a eu beaucoup. Sur ce grand dossier du handicap physique en EPS, il va falloir faire fonctionner l'intelligence du cœur, pour reprendre le propos de notre ami et guide de toujours **Patrick CHAUVEL**. Il nous a souvent dit « *le plus grave n'est pas de ne pas réussir, il est de n'avoir pas tout tenté dès lors que la cause est bonne* » ! Pour avoir procédé à la saisie informatique des questionnaires anonymes, nous avons été marqués par vos appels au secours, vos inquiétudes, vos demandes précises : « *Réduisez notre horaire de base après 50 - 55 ans !* » « *Proposez-nous une CPA spécifique EPS !* » « *Occupez-vous en urgence de notre reconversion en fin de carrière !* » « *Qu'on utilise nos compétences et savoir-faire autrement au sein de l'établissement en fin de parcours !* ».

Les réponses à cette question « **à quel âge envisagez-vous d'arrêter votre activité professionnelle ?** » expriment très souvent une grande lassitude en fin de carrière : « *le plus tôt possible* » « *dès que mes enfants seront élevés* ». L'enquête a également mis en évidence des pathologies psychiatriques, psychologiques, conséquences de certaines blessures sérieuses à répétition mais aussi dues au contact quotidien avec des élèves en développement qui induisent par l'écart de génération inévitablement croissant une déstabilisation psycho-affective chez les enseignants. **Nous avons pris en compte des problèmes psychologiques et de grande fatigue allant souvent jusqu'à la dépression ! Car l'incidence du Handicap Physique sur l'équilibre mental est fort, en particulier quand on est confronté à des adolescents qui ont de l'encadrement sportif une image fortement modélisée et idéalisée. D'expérience, les professeurs d'EPS, anciens compétiteurs sportifs ont appris à gérer le stress psychologique de la compétition par une approche corporelle (relaxation, concentration, répétition mentale des images motrices...)... Sont-ils plus en difficulté que d'autres pour apprendre sur le tard à faire l'inverse, c'est-à-dire à gérer par le mental une diminution inattendue de leur potentiel physique ?**

Il faut bien mesurer que nous découvrons en fait et très concrètement ces **questions du « vieillissement du professeur d'EPS »**, car c'est finalement la véritable « **première génération massive** » des « **profs de gym** » qui arrive à la retraite ; génération induite par le triple effet du **baby-boom**, de la **Loi Debré du 31 décembre 1959** et de la mise en place des **5 heures d'EPS** dans les années 60 !

Nous avons aussi noté des accidents graves survenus dans le cadre de l'association sportive lors de compétitions UGSEL. Par exemple, une collègue qui reçoit un disque de plein fouet à la tête, qui attend 4 années pour avoir une expertise médicale avant de s'entendre dire que « **les préjudices corporels, esthétiques et psychologiques ne sont pas dédommagés par l'assurance proposée par l'établissement aux professeurs d'EPS** » ! \*

## Que pouvons-nous demander à l'État et à l'Institution ?

**1- Nous avons souvent parlé à une époque d'une reconversion vers le monde paramédical** « qui a tant besoin de bras », mais la piste devient plus compliquée quand il faut coordonner et négocier entre plusieurs Ministères, dans le cas présent avec l'Éducation et la Santé ? Nous allons cependant prendre contact avec le Ministère de la Santé.

**2- Des collègues anticipent depuis quelques années déjà en suivant des formations de Directeur**, Directeur adjoint ou s'orientent localement vers un poste de salarié OGEC, Conseiller Principal d'Éducation par exemple. Ce sont des opportunités à saisir bien évidemment, mais elles ne peuvent convenir qu'à une partie seulement des enseignants.

**3- La circulaire n° 2005-113 du 25 juillet 2005 parue au BO n° 31 du 1<sup>er</sup> septembre 2005** confirme bien cette possibilité de reclassement et de réintégration vers une autre discipline ou dans le premier degré. **Nous tenons à rappeler ici que ces avancées – que nous réclamions depuis des années – ont été obtenues suite à l'entretien que nous avions eu le 24 août 2004 auprès de Monsieur Frédéric JUGNET conseiller technique à l'époque du Ministre de l'Éducation Nationale, Monsieur François FILLON.** Ce jour là, nous avons présenté longuement les premières conclusions du Pré-Rapport de notre Grande Enquête Médicale, et dans les semaines qui ont suivi des contacts puis réunions de travail ont eu lieu avec les syndicats, le Ministère indiquant officiellement qu'il étudiait la possibilité de proposer une reconversion. **Bernard BILLARD, secrétaire général du SPELC, nous ayant confirmé à plusieurs reprises l'ouverture officielle de ce dossier suite à la présentation de nos premiers travaux.** Ainsi, il a été procédé à la modification du décret n° 78-252 du 8 mars 1978. L'article 4-7 détaille les nouvelles dispositions et donne la possibilité au Maître de changer de discipline ou bien de devenir Professeur des Ecoles, après avis du comité médical, en repassant par la commission nationale d'affectation et après une année probatoire – ce qui revient à dire également « **avis favorable** » de l'IPR dans la nouvelle discipline – ; année probatoire qui peut être renouvelée si la première n'a pas été jugée satisfaisante. Ce sont des opportunités à saisir également, mais le collègue qui a été arrêté pour raison de santé – et qui a pris le temps de soigner un cancer du sein, les séquelles d'opérations lourdes suite à des gênes fonctionnelles, que ce soit au niveau du rachis lombaire, des cervicales, des membres inférieurs ou de la ceinture scapulaire, avec longue rééducation – aura t-il le courage de tenter ce long cheminement administratif, seule solution que peut nous proposer aujourd'hui le Ministère ? **C'est la raison pour laquelle nous dirons – comme au point précédent – que ces nouvelles dispositions ne peuvent convenir qu'à une partie seulement des enseignants.**

**D'autre part, cette circulaire n° 2005-113 donne toute une série de mesures qui s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005 aux Maîtres de l'enseignement privé contractuels ou agréés à titre définitif ou provisoire, leur assurant le transfert des risques maladie, invalidité, accidents du travail, maladies professionnelles, du Régime Général de la Sécurité Sociale – RGSS – au Régime Spécial des Fonctionnaires – RSF –.** Le RSF s'applique pour les congés de maladie avec arrêt de travail à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2005. Avec le passage du RGSS au RSF, pour un CLM/CLD postérieur au 31 août 2005, le Rectorat assurant désormais le plein traitement puis le demi traitement, ces années vont pouvoir être prises en compte dans le calcul du Salaire Annuel Moyen – SAM – à hauteur du plein traitement ou demi traitement. Le SAM est l'un des 3 volets de base du calcul de la pension Sécurité Sociale avec le Taux et la Fraction de Proratisation (durée d'assurances).

Par contre, les collègues en situation de CLM/CLD au 1<sup>er</sup> septembre 2005, et qui obtiennent par la suite une prolongation de ce congé pour la même affection, continuent de dépendre du RGSS, soit indemnités journalières ou pension d'invalidité sécurité sociale. Ce qui entraîne une conséquence peu connue de la maladie : comme on ne cotise pas pour la retraite sur les indemnités journalières, sur une pension d'invalidité, sur la prévoyance, nos collègues en situation de CLM/CLD et/ou d'Invalidité perdent leurs meilleures années de fin de carrière – où ils ont acquis pour certains d'entre eux une échelle de rémunération à la hors classe – dans le calcul du SAM de leurs 25 meilleures années, pour ceux qui sont nés en 1948 et après !

**4- Proposition de la FNEPSEC en direction de nos collègues qui ne peuvent plus enseigner notre discipline en fin de carrière à temps complet ou en partie et qui font le choix de rester dans l'enseignement plutôt que d'opter pour un arrêt long ou définitif.** Il vaudrait mieux avoir la possibilité d'animer d'autres heures prévues par la DGH (ou pas) telles que les parcours diversifiés, les groupes réduits, les dédoublements de classes, ainsi que les nouvelles tâches demandées au niveau du soutien, de l'orientation, de la vie de classe, de l'encadrement des TPE – qui existent toujours en Première et qui ne sont plus obligatoires en Terminale – , IDD, PPCP, de l'informatique, de l'apprentissage du travail en équipe, sans oublier l'accueil des élèves handicapés ou en grande difficulté. C'est toute cette série de nouvelles possibilités, de « **nouvelles fonctions** » qui nous font penser que nous pourrions sans doute trouver ici des solutions en direction des enseignants d'EPS en fin de carrière « **en mettant véritablement leurs compétences techniques et pédagogiques pour « servir autrement** » dans l'établissement ». En effet, ces enseignants expérimentés – le plus souvent soucieux de la singularité de chacun et de l'accompagnement des plus faibles – sont susceptibles d'assurer ces nouvelles fonctions qui prennent de l'importance dans l'Institution. Il faut aussi noter qu'elles vont devoir être assumées alors que le papy boom nous promet une pénurie de cadres !

À une époque où nous sommes sollicités en permanence pour créer l'école de demain, le collègue blessé dans son corps et qui ne peut plus enseigner l'EPS a certainement – de par ses savoir-faire – un rôle très important à jouer dans la communauté éducative plutôt que d'être coupé de toute activité. L'Etat ferait beaucoup d'économies et moralement on ne détruirait pas l'Homme. C'est la raison pour laquelle l'heure nous semble venue à plus d'audace et d'imagination. Soyons les visionnaires d'un service différent, tout en permettant au collègue de conserver la situation administrative sur laquelle il est placé, soit avec évolution de carrière normale quant aux changements d'échelons et d'échelle de rémunération. La DAF/D1 ne peut nous proposer que la rigueur des textes administratifs, et qui correspondent aux dispositions statutaires appliquées à nos collègues du public dans le cadre du « *reclassement des fonctionnaires de l'Etat reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions* ». **Nous n'excluons pas de travailler ce dossier et nos propositions avec nos collègues du public – selon l'une des vives recommandations du Docteur Jean-Pierre CAVIL lorsque nous avons rédigé nos premières conclusions l'an dernier – d'autant que le SNEP a pris une initiative du même ordre dans le cadre d'une enquête « Vous et Votre Santé », bilan de 774 questionnaires étudiés de leur côté.**

Lors de nos derniers entretiens au Ministère, il nous avait bien été spécifié que le « *reclassement des fonctionnaires de l'Etat reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions* » ne donnait pas entière satisfaction à nos collègues du public. Nous en avons eu confirmation dans le journal du SNEP (n° 736 du 20 mai 2005) où, lors d'une audience auprès du nouveau Ministre de l'Education Nationale (début mai) sur le thème de la « **Santé des Enseignants d'EPS et Spécificité de leur Métier** », il a été fait part dans le compte-rendu des « *dysfonctionnements d'un certain nombre de comités médicaux et commissions de réforme (...) mettant les collègues dans des situations déplorables* ». Il a été souligné également « *le problème important de l'inaptitude définitive à l'enseignement de l'EPS (...) la seule solution reste le reclassement professionnel – de droit dans les textes – mais pratiquement inexistant dans la réalité* ».

Notre démarche sera ici identique à celle qui nous a toujours animés depuis le printemps 1986 lorsqu'il nous a fallu traiter avec patience, méthode, conviction et souci constant de l'équité, le dossier important de la reconnaissance juridique des diplômes délivrés plus particulièrement par l'Institution. **Nous remettons à l'État et à l'Institution des données très significatives. Nous avons conscience que les réponses qui nous sont parvenues sont peut être davantage le fait d'enseignants « concernés » par ces questions de Handicap et plus globalement de traumatologie liée à l'exercice du métier. Cependant nos conclusions peuvent servir d'hypothèse à d'autres études complémentaires propres à affiner celles-ci. Face à ce problème sérieux nous avons de notre côté, d'ores et déjà pensé à quelques pistes en forme de solutions.**

**Nous demandons à l'État et à l'Institution d'ouvrir ce dossier en urgence et de nous faire connaître au plus tôt leur solution.**

\* **Nous demandons en plus à l'Institution de nous proposer un contrat spécifique d'assurance – clair et performant – en direction des enseignants d'EPS, dans le cadre de l'animation de leurs heures d'Association Sportive, afin d'obtenir une protection fiable et digne de ce nom.**

Marc Lebreton  
Président de la FNEPSEC

Claude Hamon  
Président Fédéral de la FNEPSEC

**Le décret n° 2005-1404 du 15 novembre 2005 relatif au régime applicable aux maîtres ou documentalistes contractuels ou agréés des établissements d'enseignement privé en cas d'invalidité définitive vient de paraître au Journal Officiel n° 266 du 16 novembre 2005, page 17876.**

Ce nouveau décret transpose aux maîtres du privé les dispositions actuelles de la fonction publique dont bénéficient nos collègues du public en cas d'invalidité définitive.

**L'Article 4-3 indique de façon très claire que** « *les avantages temporaires de retraite rémunérant les services prévus aux articles 4-1 et 4-2 sont calculés selon les règles du régime de base de la sécurité sociale et des régimes de retraite complémentaire obligatoires en prenant en compte par anticipation les trimestres à échoir jusqu'à l'âge auquel le maître ou documentaliste a droit à une pension de vieillesse à la charge du régime général de la sécurité sociale liquidée à taux plein* » ; selon les éléments de base connus du calcul de **la pension du RGSS : Taux × SAM × NTV.**

Le taux de base évolue dans la fourchette de 25 à 50 %, **50 % étant considéré comme le Taux Plein.**

**Salaire Annuel Moyen : SAM.**

La durée d'assurance s'exprime en Nombre de Trimestres Validés : **NTV.**

Le Nombre de Trimestres Validés qui était limité à **150** pour les collègues nés avant 1944, va passer à **160** pour les collègues nés en 1948, **puis à partir de 2008 pourrait augmenter au-delà de ces 160 trimestres.**

Quand on bénéficie du **Taux Plein**, avec un Nombre de Trimestres Validés correspondant à son année de naissance, le montant de la pension du **RGSS** ne dépend plus que du **Salaire Annuel Moyen** – des 25 meilleures années – pour les collègues nés en **1948** et après.



**Fédération Nationale des enseignants d'E.P.S.  
de l'Enseignement Catholique**

3, ruelle des Ajoncs  
56250 Treffléan  
Tél. fax : 02.97.42.70.53  
e-mail : [fnepsec@wanadoo.fr](mailto:fnepsec@wanadoo.fr)  
<http://www.fnepsec.com>

*« la Fédération une équipe pour l'action »  
« faire ce qu'on doit, dire ce qu'on croit »  
« la Fédération au service de l'équité »  
« seules les idées gagnent »*

## Remerciements

Nous tenons à remercier plus particulièrement au travers de ce travail d'Équipe tous ceux qui d'une manière ou d'une autre nous ont permis de réaliser ce travail conséquent qui **est une première dans l'Institution** – fruit d'une attention toute particulière depuis 20 ans aux sollicitations nombreuses sur le handicap et la maladie – et qui doit nous permettre de faire évoluer favorablement ce dossier vers une fin de carrière adaptée et plus sereine moralement. **Nous tenons à remercier plus particulièrement :**

**Paul GÉNEAU du travail remarquable qu'il a effectué**, en prenant à sa charge toute la partie chiffrable des réponses, ainsi que la synthèse de chacun des secteurs étudiés et présentés ici, **soit l'ensemble de ce bilan.**

**Le Docteur Jean Pierre CAVIL** pour son aide précieuse depuis plus de 16 années. **Sa compétence n'a d'égale que sa simplicité et sa disponibilité.**

**Pierre-Yves LE GOC** pour la qualité de la mise en page du document final.

**Claude HAMON**, l'initiateur de l'enquête avec le Docteur CAVIL. Il a analysé chaque réponse, notant avec minutie les moindres observations personnelles figurant sur les questionnaires. Il a **« mené l'enquête »** du début à la fin.

**Marc LEBRETON**  
**Président de la FNEPSEC**



**Fédération Nationale des Enseignants d'EPS de l'Enseignement Catholique**